Docteur Maurice BRISSOT
Ancien externe des hôpitaux
de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Interne des Asiles de la Seine

DE
L'APHASIE
DANS SES RAPPORTS AVEC LA DÉMENCE ET LES VÉSANIES

(ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE & DIAGNOSTIQUE CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES)

(AVEC CINQ PLANCHES ET QUATRE FIGURES DANS LE TEXTE)

« La Pensée est une parole dans l'âme, une parole de l'âme à elle-même et sans qu'il soit proféré de son..... »

(PLATON).

PARIS & CAHORS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD WIDAL
Pathologie médicale	DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matières médicales	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathol. ment. et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Plaies du cerveau par balles de revolver, sans troubles organiques consécutifs, chez un sujet âgé de soixante-quinze ans. — *Société Anatomique de Paris :* Séance du 22 Novembre 1907 ; *Bulletin de la Société Anatomique de Paris :* Novembre 1907. — *Société Médico-psychologique :* Séance du 25 Novembre 1907 ; *Annales médico-psychologiques :* Mars-Avril 1908, n° 2.

Aliénés processifs non délirants. — *Revue de Psychiatrie,* Février 1909, n° 2.

Les Théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et l'aliénation mentale (Etude historique et critique). — *Revue de Psychiatrie,* Novembre 1909, n° 11.

En collaboration avec M. le Docteur Marcel Briand

Aliénés processifs non délirants. — Communication à la *Société de Médecine légale de France :* Séance du 14 Décembre 1908 ; *Bulletin de la Société de Médecine légale de France,* Janvier 1909, n° 1.

Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique (avec 2 figures dans le texte). — Présentation à la *Société Clinique de Médecine Mentale :* Séance du 18 Janvier 1909 ; *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale :* Janvier 1909, n° 1.

Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité. — *Société Médico-psychologique :* Séance du 22 Février 1909 ; *Annales médico-psychologiques,* Mai-Juin 1909, n° 3.

Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile.

Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité, ni cécité verbales chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable (avec 5 planches dans le texte). — *Société Clinique de Médecine Mentale :* Séance du 19 Juillet 1909 ; *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale,* Juillet 1909, n° 7.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DÉJERINE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux Hommage

M. B.

241

INTRODUCTION

Limitation du sujet

S'il est, à l'heure actuelle, une question qui soulève dans le monde des neuropathologistes les plus ardentes polémiques, c'est, sans contredit, celle des troubles du langage.

Au cours de ces dernières années, l'étude de l'aphasie a fait l'objet, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses publications, dont le retentissement a été considérable dans les milieux scientifiques. Tout récemment, M. le Professeur Pierre Marie et son élève le Docteur Moutier ont suscité, à la Société de Neurologie, de vives controverses, en apportant leurs vues personnelles dans la discussion d'un problème aussi complexe et aussi délicat. Le distingué médecin de Bicêtre se faisant l'apôtre d'une théorie nouvelle, a voulu ruiner le dogme créé par Broca et ses élèves ; frappé du caractère immuable de certaines vérités, il s'est attaqué à ces affirmations qui ne paraissaient reposer sur aucune base sérieuse et que des faits mal interprétés avaient rendu intangibles ; aux conceptions surannées, jusqu'alors admises, il a opposé des vues plus hautes et plus originales (1).

Dans ce travail, après avoir esquissé à grands traits les principales étapes de l'histoire de l'aphasie, depuis le pre-

(1) C'est, du moins, l'opinion des partisans de la doctrine nouvelle ; nous réservons pour plus tard nos appréciations personnelles sur cette question.

mier mémoire, celui de Bouillaud (1825), en date sur cette question, et exposé brièvement la psycho-physiologie générale du langage, nous ferons l'étude clinique et diagnostique de l'aphasie, dans ses rapports avec la démence et les vésanies.

Dans une première partie, nous étudierons l'état mental des aphasiques, tels qu'on les rencontre journellement dans les services hospitaliers, c'est-à-dire sans nous préoccuper des différents troubles psychiques qui viennent parfois compliquer le tableau clinique.

Faisant abstraction de la déchéance intellectuelle qui peut survenir chez ces malades, porteurs de lésions circonscrites des hémisphères, nous aurons en vue, dans une seconde partie, les aphasiques aliénés, dont les troubles du langage se manifestent au cours de certains états démentiels ou délirants.

La troisième partie sera consacrée à l'étude de quelques affections cliniquement comparables à l'aphasie et coexistant fréquemment avec elle à l'état d'association chez le même individu.

Nous ferons suivre ces différents chapitres de brèves considérations médico-légales.

S'il est nécessaire de tracer une ébauche rapide du sujet qu'on désire traiter, il est non moins indispensable d'éliminer d'emblée certaines questions, dont l'intérêt est minime et que des rapports plus ou moins éloignés rattachent au problème.

Aussi, nous abstiendrons-nous de parler, au cours des pages qui vont suivre, des aphasies transitoires, *d'origine infectieuse ou toxique, tout à fait rares d'ailleurs et qui s'observent aux différentes périodes de certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'urémie, etc...*

*L'*aphasie hystérique *ne doit pas nous arrêter, non que cette manifestation de la grande névrose soit, pour le clinicien, dépourvue d'intérêt, mais son étude nous obligerait à de continuelles digressions. Nous la laisserons volontairement de côté, car la marche, l'évolution de cette aphasie ne sont pas comparables à celles de l'aphasie organique. Il nous suffira de citer comme exemple, la malade de M. Déjerine, qui, incapable de se servir d'une plume pour tracer un caractère quelconque, écrivait très facilement et très correcte-*

ment avec un crayon. Dans cette variété d'aphasie, il faut séparer d'une manière complète l'aphasie hystérique de type moteur ou sensoriel, du mutisme volontaire survenant chez un hystérique ; le sujet, qui dans le premier cas, se trouve dans l'impossibilité non déguisée *de parler,* ne veut, *dans le second, proférer aucun mot. Il existe chez ces malades de telles bizarreries dans leur état mental, que très rapidement l'affection dont ils sont atteints, sera reconnue.*

Nous renvoyons le lecteur, que cette question intéresse, à la thèse de M^lle Gita Aron (Paris 1900), ainsi qu'aux travaux de MM. Déjerine (1), *Georges Guillain* (2) *et P. Courmont* (3).

Nous passerons sous silence l'audi-mutité (aphasie congénitale de Küssmaùl) *et la* surdi-mutité, *dont MM. Lannois (de Lyon), Georges Lévy* (4) *et Saint-Hilaire* (5), *se sont occupés en de récentes et remarquables publications.*

Avant d'aborder ce travail, notre pensée se reporte tout naturellement aux maîtres éminents qui nous ont guidé au cours de nos études médicales et c'est avec empressement que nous saisissons cette occasion de leur adresser notre respectueux hommage.

Nos remerciements sincères iront tout d'abord à M. le Professeur Pozzi, à MM. les Docteurs Blum et Potherat, chirurgiens des hôpitaux, à MM. les Docteurs Louis Rénon, Claisse, Comby et Lepage, médecins et accoucheur des hôpitaux, dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie et qui nous ont fait bénéficier de leur enseignement si fécond, pendant toute la durée de notre externat.

M. le Docteur Boudrie, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, nous a initié à la pratique de la médecine mentale ; nous lui adressons ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

(1) Déjerine. — In traité de Pathologie générale (Bouchard). *Semeiologie,* Tome V.

(2) Georges Guillain. — L'aphasie hystérique. *Société de Neurologie,* 18 Avril 1901.

(3) P. Courmont. — Aphasie et mutisme hystériques. *Société médicale des hôpitaux de Lyon,* 16 Mai 1905.

(4) Georges Lévy. — *Les entendants-muets.* Thèse de Lyon, Novembre 1900.

(5) Saint-Hilaire. — *Le surdi-mutité.* Paris 1900.

Que notre cher maître, M. le Docteur Marcel Briand, auprès de qui nous avons passé nos meilleures années d'internat, à l'Asile de Villejuif, soit assuré de notre entier dévouement ; nous apprécions hautement les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer et qui nous ont permis de mener à bien ce modeste travail.

Nous associons dans le même témoignage de vive gratitude, MM. les Docteurs H. Colin, Ed. Toulouse et J. Rogues de Fursac, médecins en chef des Asiles de la Seine.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Déjerine du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTOIRE ET DOCTRINES

CHAPITRE PREMIER

Historique

CLASSIFICATION DES APHASIES

L'aphasie (aphémie de Broca, alalie de Jaccoud, logoplégie, aphasie ataxique et amnestique des auteurs anglais) « *est un état caractérisé par la diminution ou la perversion* « *de la faculté normale d'exprimer les idées par des signes* « *conventionnels ou de comprendre ces signes, malgré la* « *persistance d'un degré suffisant d'intelligence et malgré* « *l'intégrité des appareils sensoriels, nerveux et musculai-* « *res qui servent à l'expression ou à la perception de ces* « *signes* (1) ».

Cette définition élimine par conséquent les troubles du langage provenant d'un amoindrissement psychique comme il arrive chez les idiots et les déments, ainsi que l'altération de la parole, d'origine paralytique, liée à l'anarthrie ou à la dysarthrie.

L'histoire de l'aphasie remonte aux temps les plus reculés : Platon, Sextus Empericus, Thucydide, Suétone, Pline le Naturaliste, Isaïe et Homère, tous ces philosophes, grammairiens, historiens, poètes, prophètes, ont fait mention dans leurs œuvres de cette perversion du langage, qui les avait si vivement frappés.

Les premiers travaux véritablement intéressants et scien-

(1) A. Legroux. — *De l'aphasie.* Thèse d'agrégation. 1875. Page 6.

tifiques sur cette question, ne datent que des temps modernes ; Gall publia, au début du XIX[e] siècle, vers l'année 1810, une « *anatomie et physiologie du système nerveux et du cerveau en particulier* », ouvrage dans lequel il plaçait le siège de la parole dans la partie orbitaire des lobes frontaux. « L'idée mère de son système vint au célèbre phrénologiste, « à la suite des réflexions que lui inspira la facilité de cer- « tains de ses camarades à apprendre leurs leçons. Chez « tous, il remarqua des yeux saillants, *des yeux de bœuf*. « Evidemment cette saillie ne pouvait dépendre que d'une « exagération du volume de la portion sus-orbitaire du « cerveau, située entre XV et 39, portion reposant sur la « moitié postérieure de la voûte de l'orbite, (d'après la « planche IV de l'Atlas de Gall) (1). »

A la même époque, Rostan, Lallemand et d'autres auteurs non des moins éminents, ajoutèrent foi aux invraisemblables théories de Gall.

Bouillaud essaya quelques années plus tard de résoudre le problème du langage articulé. Vivement opposé aux idées de Flourens qui n'admettait pas l'influence immédiate du cerveau sur les muscles, et développant la pensée de Gall, il localisa la faculté de parler dans les lobes antérieurs du cerveau. Poussant plus loin l'étude de cette question, il admit, outre la mémoire des mots et celle de l'articulation des sons, l'existence d'une faculté spéciale, à laquelle il donna le nom de *pouvoir coordinateur ou législateur de la parole*. Il dissocia, en somme, l'aphasie motrice de la dysarthrie. Son « *traité de l'encéphalite* », qui parut en 1825, et dans lequel il défendait vivement les opinions que nous venons d'exposer, fut l'objet de nombreuses critiques.

En 1836, un médecin de campagne, dont le travail resta longtemps ignoré, le docteur Marc Dax, de Sommières (Gard), lut au congrès de Montpellier un mémoire de quelques pages, intitulé : « *Lésions de la moitié gauche de l'encéphale, coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée.* » A l'aide de quarante observations recueillies par lui depuis l'année 1800, il posa en principe que, « lorsque la mémoire verbale était altérée par une affection du cerveau, il fallait

(1) Bernard. — *De l'aphasie et de ses diverses formes.* Thèse de Paris, 1889. Page 12.

en chercher la cause *dans l'hémisphère gauche* et l'y chercher encore si les deux hémisphères étaient malades ensemble ».

L'opuscule de Marc Dax passa complètement inaperçu et pourtant il faut rendre cette justice au médecin de Sommières, qu'il est le véritable précurseur de Broca, puisque le premier, il signala, la présence de l'hémiplégie droite chez les individus atteints de troubles du langage, troubles liés à des lésions constantes de l'hémisphère gauche.

Le jeune chirurgien de Bicêtre ne connaissait pas le travail de Dax (et il ne le connut jamais), lorsqu'en 1861, au lendemain d'une discussion sur le siège de la parole, à la Société d'Anthropologie, il eut, dans son service, l'occasion d'observer deux aphasiques, dont l'examen nécropsique des cerveaux lui permit d'affirmer la localisation du centre de « *l'aphémie* », dans la troisième circonvolution frontale gauche. Mais Paul Broca voulut déterminer d'une façon plus précise encore le siège spécial de la faculté du langage articulé, dont la lésion provoquait l'aphémie, et en 1865, dans un mémoire à juste titre célèbre, il établit, à l'aide d'arguments irréfutables, que le pied de la circonvolution, qui porte désormais son nom, jouait un rôle prépondérant dans la production de la parole.

Trousseau, dans les leçons magistrales qu'il fit à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1864, Charcot, Duval, Jaccoud, dans plusieurs de leurs écrits, apportèrent des faits nouveaux à l'appui de la théorie de Broca.

Mentionnons la discussion mémorable qui eut lieu à l'Académie de Médecine, en 1865, et à laquelle prirent part des orateurs éminents, tels que Bouillaud, Trousseau, Parchappe, Baillarger, Cerise, etc...

N'oublions pas, qu'à ce moment, « aphasie » était synonyme de « perte du langage articulé » et correspondait à la variété que nous appelons de nos jours aphasie verbale motrice ou aphémie.

En Angleterre, vers la même époque, la doctrine de Broca se trouvait en butte aux plus vives attaques. Ogle, Popham, H. Jackson, Charlton, Bastian (1867-1868), avaient remarqué que certains malades présentaient des troubles de la parole différents de ceux qui avaient été décrits par le chirurgien de Bicêtre : ils avaient observé à l'autopsie l'inté-

grité complète de la troisième frontale et rencontré, en revanche, des lésions indéniables dans le lobe temporal ou dans la circonvolution d'enceinte de la Scissure de Sylvius.

Devant ces faits, les auteurs anglais pensèrent, qu'à côté de l'aphasie de Broca, qu'ils nommèrent *aphasie ataxique,* il y avait place pour une autre variété d'aphasie, à laquelle ils réservèrent le nom d'*aphasie amnestique ;* ils créèrent les mots de *paraphasie* et de *jargonaphasie,* pour désigner les troubles du langage articulé, dont ils avaient observé la présence chez leurs malades.

En 1868, Ogle désigna sous le nom d'*agraphie* les altérations de l'écriture ; C. Bastian entrevit un an plus tard la *surdité verbale,* en montrant, que certains sujets, qui perçoivent distinctement toutes espèces de sons, étaient affectés d'une surdité spéciale, limitée à la compréhension des mots parlés.

Les travaux de Wernicke (1874) et de Küssmaùl (1876) inaugurent une ère nouvelle dans l'histoire des troubles du langage. Elargissant le cadre de l'aphasie, les deux médecins allemands opposèrent à l'aphémie de Broca, aphasie motrice ou d'*expression,* la surdité verbale avec cécité verbale ou *aphasie de compréhension.* Wernicke, en particulier, montra qu'il existe un centre auditif des mots, nécessaire à la compréhension de la parole articulée et situé dans la partie postérieure de la 1re circonvolution temporale gauche ; ce centre sensoriel est comparable au centre moteur de Broca, et, lorsqu'il est détruit, il en résulte une aphasie, *dite sensorielle (aphasie sensorielle de Wernicke, aphasie amnestique* des auteurs anglais), consistant dans l'impossibilité de comprendre le langage parlé et de reconnaître la valeur des mots écrits ou imprimés ; le malade qui en est atteint présente, en outre, de la paraphasie et de l'agraphie.

En 1881, M. Déjerine crut pouvoir localiser le centre *de la cécité verbale* (perte de la mémoire visuelle des mots) dans le pli courbe du côté gauche. Cette même année, Exner plaçait les mouvements de l'écriture dans un centre hypothétique, correspondant au pied de la 2e circonvolution frontale gauche ; la conception d'Exner, vivement combattue par Wernicke et Lichtheim (1885-1886), est niée à l'heure actuelle par d'éminents neurologistes, parmi lesquels il faut citer M. Déjerine (1891).

Tel était l'état de la question vers 1884 ; à cette époque donc, *quatre* centres, contenant les images motrices et sensorielles verbales, avaient été décrits par les auteurs : centre moteur de Broca (pied de la 3e circonvolution frontale), centre auditif de Wernicke (partie postérieure de la 1re circonvolution temporale), centre visuel dû à M. Déjerine (pli courbe), centre de l'agraphie ou centre d'Exner (pied de la 2e circonvolution frontale).

L'existence d'une zone spéciale, dite zone du langage, occupant la corticalité de l'hémisphère gauche chez les droitiers, de l'hémisphère droit chez les gauchers et dans laquelle se trouvaient groupés les différents centres que nous venons d'énumérer, était universellement admise.

A partir de 1884, l'étude de l'aphasie s'oriente vers une voie nouvelle, celle de la psychologie pathologique.

Magnan, dans la thèse de Mlle Skwortzoff (1881), avait proclamé le principe de la subordination des centres et mis au premier rang le centre moteur d'articulation.

Charcot, reprenant la théorie de Hartley (1749), soutint avec ses élèves, Ballet, Marie, Brissaud, Bernard, etc..., que tous les individus devaient être distingués en visuels, auditifs, moteurs d'articulation et moteurs graphiques, selon la prédominance, dans leur langage intérieur à l'état normal, des images visuelles, auditives, motrices d'articulation et motrices graphiques : suivant le type psychique de l'individu atteint dans sa faculté de parler, on se trouvait en présence d'un tableau clinique essentiellement variable.

Déjerine, qui était resté incrédule devant les idées de Charcot, exprima cette opinion contraire, que tous les individus, quels qu'ils soient, pouvaient être rangés dans une même catégorie, celle des auditivo-moteurs : « nous pen- « sons tous de la même manière, dit cet auteur, en mettant « en jeu nos trois images du langage — auditives, motrices, « visuelles — et ce sont les images auditivo-motrices qui « prennent toujours le premier rang. »

On peut dire que dès ce moment (nous sommes en 1890), l'ère des grandes discussions est close ; l'aphasie est dans son ensemble, dégagée des conceptions théoriques du début ; les efforts des neuropathologistes vont tendre désormais à différencier certaines formes spéciales de troubles du langage, à symptomatologie motrice ou sensorielle.

En 1891-1892, M. Déjerine, dans une série de travaux cliniques et anatomo-pathologiques, se consacre à l'étude des *aphasies sous-corticales*, pour lesquelles il propose le nom d'*aphasies pures*, en raison de l'intégrité du langage intérieur qui les caractérise.

Il montre en 1892 « qu'il existe deux espèces de cécité « verbale à symptomatologie et à localisation différentes — « la cécité verbale avec agraphie, variété d'aphasie senso- « rielle — la cécité verbale pure sans altération de l'écri- « ture (1) ». En 1893, le même auteur attribue dans la nosologie une place définitive à l'aphasie motrice sous-corticale ou pure, qu'il distingue cliniquement de l'aphasie motrice corticale vraie ou de Broca. Sérieux et Déjerine, Ziehl, Pick, Liepmann, établissent quelques années plus tard l'existence de la surdité verbale pure.

Nous n'entrerons pas dans le détail des aphasies dites *de conductibilité* (Lichtheim-Wernicke), dues aux lésions extra-nucléaires des fibres unissant les centres du langage aux régions inconnues où siège l'élaboration des idées *(aphasie psycho-nucléaire* de M. Pitres — *suspolygonale* ou *ideopolygonale* de M. Grasset — *transcorticale* des auteurs allemands) ou provoquées par l'interruption des faisceaux d'association qui relient les différents centres corticaux moteurs ou sensoriels *(aphasies internucléaires de Pitres — transpolygonales* de Grasset).

Ces aphasies d'association, dont le substratum anatomo-pathologique fait encore défaut, sont en réalité toutes hypothétiques.

Dans le groupe des aphasies psycho-nucléaires, M. Pitres (2) décrit des troubles du langage, de nature particulière, qu'il désigne sous le nom *d'aphasie amnésique ou d'évocation :* « Les malades qui en sont atteints, dit-il, ne « sont pas absolument privés de la parole ; souvent même « ils parlent beaucoup. Ils peuvent lire mentalement et à « haute voix. Ils comprennent ce qu'on leur dit. Ils répon- « dent justement aux questions qu'on leur pose. Mais, de

(1) Déjerine. — In traité de Pathologie générale (Bouchard). *Semeiologie* (Tome V), Page 394.

(2) Pitres. — L'Aphasie Amnésique et ses variétés cliniques : *Progrès Médical*, Mai-Juin-Juillet 1898 (Leçons cliniques).

« temps en temps, les mots qu'ils voudraient employer, « pour exprimer leurs pensées, leur échappent et ils sont « obligés de s'arrêter ou d'avoir recours à des périphra- « ses. »

Il s'agit là, d'une forme d'aphasie sur l'interprétation de laquelle les avis diffèrent. M. Déjerine, en particulier, refuse de lui accorder la valeur d'une entité nosologique bien établie et pense qu'elle est une variété d'aphasie motrice ou sensorielle avec lesquelles elle se confond.

En 1906, M. Pierre Marie, au cours de nombreuses publications retentissantes parues dans la « Semaine Médicale » (1), a dressé en face de la conception classique, qu'il qualifie de dogmatique, une doctrine nouvelle de l'aphasie, dont son élève M. le docteur Moutier, a exposé la genèse et les caractères dans sa thèse inaugurale (2). En voici les points principaux :

1°) *Le pied de la 3e circonvolution frontale,* droite ou gauche, *n'a rien à voir* avec aucune forme de l'aphasie.

2°) Il n'y a qu'une seule aphasie, l'*aphasie de Wernicke.* Elle consiste en un *déficit intellectuel général,* avec *spécialisation pour le langage.* Elle coïncide avec une lésion de la *zone de Wernicke,* zone qui correspond à la moitié postérieure des première et deuxième circonvolutions temporales, au pli courbe et au gyrus supramarginalis.

3°) Il y a bien une aphasie de Broca, cliniquement distincte, mais *c'est un syndrome.* Cette aphasie se dissocie en deux éléments :

a) L'aphasie de Wernicke, le déficit intellectuel avec spécialisation pour le langage présentant à des degrés divers les mêmes caractères chez tous les aphasiques, ceux de Broca comme ceux de Wernicke et relevant d'une lésion de la zone Wernicke.

b) L'anarthrie, incoordination des mouvements d'articulation, sans paralysie des muscles de la phonation : *l'intelligence est intacte* dans l'anarthrie.

L'aphasie et l'anarthrie peuvent exister séparément. Leur réunion constitue *l'aphasie de Broca.*

(1) Pierre Marie. — *Semaine Médicale,* 1906. Pages 241, 343, 493, 514, 524, 565, 588, 610. — *Semaine Médicale,* 1907. Page 95.

(2) F. Moutier. — *L'aphasie de Broca.* Thèse de Paris 1908.

4°) L'anarthrie se localise non pas dans la troisième frontale, mais dans un territoire spécial désigné sous le nom de *zone lenticulaire.*

La zone lenticulaire ou *quadrilatère de Pierre Marie* est limitée sur une coupe horizontale de l'hémisphère gauche :

En avant et en arrière, par deux plans frontaux parallèles, allant, l'un, de l'extrémité antérieure, l'autre, de l'extrémité postérieure de l'insula, à la face interne du ventricule latéral.

En dehors par l'insula.

En dedans par la face interne du ventricule latéral.

La zone lenticulaire comprend donc l'insula, la capsule externe, le noyau lenticluaire et la capsule interne.

5°) Il n'existe *pas de symptômes sensoriels* dans l'aphasie.

M. Pierre Marie rejette formellement l'existence des images du langage, groupées en centres distincts ; ces images motrices et sensorielles verbales, ainsi que les centres dans lesquels elles seraient emmagasinées, sont « *des réalités métaphysiques* » ne correspondant à aucune expérience.

Pour M. Pierre Marie, l'aphasie motrice sous-corticale ou pure des classiques, n'est pas une aphasie, puisque dans cette forme, le langage intérieur n'est pas troublé, contrairement à ce qui se passe dans l'aphasie proprement dite. Il faut donc remplacer l'expression, « aphasie motrice pure » par un terme plus concret, celui d'*anarthrie* ou d'*aphémie* à la rigueur, rappelant l'impossibilité ou la difficulté d'articuler les mots.

Les travaux de M. Pierre Marie provoquèrent dans le monde entier une émotion considérable et donnèrent lieu aux plus vives critiques. La Société de Neurologie fut tout récemment (1) le théâtre de débats passionnés, au cours desquels M. Déjerine se posa en défenseur de la théorie classique et « soutint dans toute sa rigueur la localisation de l'aphasie au niveau du pied de la troisième frontale ».

Nous aurons bientôt l'occasion d'apprécier la valeur de clinique de cette nouvelle doctrine.

(1) Discussion sur l'aphasie. *Société de Neurologie* (Séances du 11 Juin, 9 et 23 Juillet 1908). Voir aussi dans la *Presse Médicale* des 11 et 18 Juillet 1906 : Déjerine : L'aphasie sensorielle : sa localisation et sa physiologie pathologique. L'aphasie motrice : sa localisation et sa physiologie pathologique.

CHAPITRE II

Les théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et l'aliénation mentale

(Etude historique et critique)

Les rapports qu'affecte l'aphasie avec la démence, seront décrits dans la première partie de cet ouvrage.

Avant d'aborder une étude aussi complexe, il nous paraît indispensable de définir exactement ce qu'on entend par « démence » et de pénétrer, de connaître le mécanisme psycho-pathologique qui préside à la production de ces différents troubles.

La démence est pour Dupré « *un affaiblissement psychique général* » et cet auteur ajoute: « les deux syndromes démence et aphasie, qui peuvent exister séparément ou ensemble chez le même malade, sont deux *deficits intellectuels,* mais tandis que le premier porte sur *les opérations de l'esprit en général* (mémoire, association d'idées, jugement, réactions affectives ou volontaires, conduite), le second, n'intéresse que *les processus du symbolisme verbal,* en compromettant l'existence ou le jeu des matériaux mnémoniques de ce symbolisme, c'est-à-dire les images motrices ou sensorielles du langage (1). »

(1) E. Dupré. — Revue policlinique des démences. *Bulletin médical* 1907, 11-14, 119-122.

Dupré fait donc une distinction capitale entre l'idée et le mot : voyons ce que représentent ces deux termes.

« Lorsque nous nous abandonnons au cours de nos ré-
« flexions, écrit Déjerine, lorsque, en d'autres termes, nous
« faisons *acte de penser*, nous pouvons le faire de deux ma-
« nières très différentes : ou bien nous pensons avec des
« images d'objets, ou bien nous pensons avec des images de
« mots et dans ce dernier cas, nous causons avec nous-mê-
« mes, c'est-à-dire que nous pensons à l'aide de notre lan-
« gage intérieur. Les trois centres d'images du langage —
« auditives, motrices et visuelles — entrent en jeu dans
« l'élaboration, dans le fonctionnement de notre langage
« intérieur, mais à un degré plus ou moins prépondérant,
« suivant qu'il s'agit de tel ou tel centre d'images (1). »

Nous connaissons les idées de Déjerine sur le mécanisme de la pensée verbale ; pour cet auteur, avons-nous dit précédemment, nous sommes tous auditivo-moteurs, c'est-à-dire que notre langage intérieur a besoin pour s'effectuer, des images auditives et motrices, et « c'est l'union intime de ces « deux espèces d'images, qui constitue ce que l'on appelle « *la notion du mot* (2) ». Quant aux images visuelles, elles ne jouent qu'un rôle assez effacé.

C. Barbian, Charcot, Ballet, ont admis avant Déjerine, nous l'avons vu, que chacun de nous mettait plus spécialement en jeu une variété d'images ; c'est ainsi qu'ils divisent et groupent les individus en auditifs, visuels, moteurs d'articulation et moteurs graphiques. Déjerine nie l'exactitude d'une semblable doctrine, et prétend que les faits cliniques sont en contradiction absolue avec cette théorie de la prédominance de tel ou tel centre du langage chez les individus ; si, en effet, l'opinion précédente était à l'abri de toute critique, les sujets, frappés d'aphasie, présenteraient des symptômes particuliers, suivant qu'ils rentreraient dans la catégorie des auditifs, des visuels ou des moteurs. C'est ainsi qu'un de ces derniers pourrait supporter sans trop de troubles une lésion de la zone de Wernicke et qu'un auditif ou un visuel souffrirait peu d'une atteinte du centre de Bro-

(1) Déjerine. — Pathologie générale de Bouchard. *Semeiologie* (Tome V), page 425.

(2) Déjerine. — *Loco citato.*

ca. Le diagnostic de l'aphasie serait donc, dans ces conditions, des plus malaisés et des plus incertains, par suite des compensations qui ne tarderaient pas à s'établir entre les différents groupes d'images verbales. Or la clinique dément cette théorie et nous apprend que la seméiologie de l'aphasie est « *une* » et que les mêmes lésions engendrent constamment les mêmes troubles.

Si le langage intérieur, manifestation toute secrète de notre pensée, n'est possible qu'à l'aide des images de mots, nous allons nous rendre compte que l'acquisition d'un certain nombre d'idées peut se faire sans le secours des images verbales. Mais avant d'aller plus loin, il est indispensable, à notre avis, de connaître les rapports exacts qui unissent l'idée au mot, symbole de cette idée.

« Il est un fait psychologique généralement admis au-
« jourd'hui, écrit Seglas dans ses leçons cliniques : c'est
« que le mot n'est qu'un auxiliaire de l'idée ; autrement
« dit, l'idée peut exister sans le mot qui la représente et se
« forme d'habitude avant lui et sans lui (1). » Rappelons-nous comment se forme une idée ; prenons par exemple l'idée d'une cloche.

Un cloche résonne à notre oreille ; les vibrations sont transmises au centre auditif commun, dont les cellules se différencient et nous donnent l'image auditive de l'objet. Mais cette image auditive, seule, ne peut suffire à éveiller dans notre esprit l'idée de la cloche ; il faut que d'autres images sensorielles, l'image visuelle, donnant la forme, la couleur de l'objet, l'image tactile, révélant ses contours, s'associent à elle. « L'idée d'un objet résulte donc de l'asso-
« ciation de différentes images, produites par des impres-
« sions sensorielles diverses, localisées dans les centres per-
« ceptifs communs.

« Mais, en tout cas, cette idée peut se constituer indé-
« pendamment du langage. Nous en avons la meilleure
« preuve chez l'enfant. Souvent, celui-ci, bien que ne par-
« lant pas encore, manifeste par des gestes, par des cris, le
« désir qu'il a d'un objet bien déterminé dans son esprit.
« En vain, lui en présente-t-on d'autres, il se détourne, crie

(1) Seglas. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, page 33.

« plus fort, s'agite, pleure, jusqu'à ce que l'on arrive à com-
« prendre ce qu'il veut. Au contraire, en lui donnant l'objet
« convoité, on voit, à sa satisfaction, qu'il a obtenu ce qu'il
« désirait. Cet enfant avait donc bien l'idée d'un objet dé-
« terminé, avant de savoir parler (1). »

Plus tard se développe en lui une nouvelle fonction, la fonction du langage, et c'est alors au moyen des mots qu'il traduit ses idées. Les différents concepts élaborés dans son esprit étant devenus insuffisants à eux seuls, pour qu'il puisse entretenir un commerce utile et agréable avec ses semblables, c'est à l'aide des différentes images, auditives, visuelles, motrices d'articulation et motrices graphiques du mot, que l'enfant communique désormais ses pensées. D'où Séglas en conclut :

« Que l'idée se forme avant et sans le mot ; elle en est
« indépendante et le mot n'est que son auxiliaire ; que le
« mot, comme l'idée, n'est qu'un complexus d'images men-
« tales ;

« Que les différentes images du mot sont associées en-
« semble et à celles de l'idée et que, par suite, elles peuvent
« toutes se réveiller l'une l'autre (2). »

Le fait suivant a été judicieusement mis en lumière par Déjerine : lorsque nous pensons d'une manière abstraite, dit cet auteur, nous ne pensons pas avec des images de mots, mais bien avec des images d'objets. Et c'est ici seulement que les individus peuvent être groupés en visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs, selon que les mémoires partielles entrent en jeu d'une façon plus ou moins prépondérante, chez ces individus. Tel peintre, par exemple, reproduira par le dessin très facilement et avec la plus grande exactitude diverses représentations de choses ou d'objets, une seule fois perçues. Mais en cette occurence, il ne peut être question de langage intérieur ; celui-ci ne fonctionne qu'à l'aide des images verbales (et c'est sa condition indispensable), tandis que l'exercice de la pensée suppose seulement l'intégrité des fonctions psychiques supérieures.

Et c'est pour n'avoir pas établi cette distinction capitale entre le mot et le concept, que Moutier, dans une thèse do-

(1) Seglas. — *Loco citato*, pages 33-34.
(2) Seglas. — *Loco citato*, page 35.

cumentée sur l'aphasie de Broca, commet une erreur, en confondant l'idée avec son expression verbale. « On a fini « par découvrir au langage intérieur, dit-il, trois manières « d'être, par mots, par images de mots, par idées pures (1).»

Il n'est pas besoin de réfléchir longuement, pour constater qu'un langage intérieur, dont la raison d'être se trouve dans des idées pures, est une réalité inconcevable ; en effet, selon l'expression de Darmesteter, l'idée peut exister sans mots, mais elle reste à l'état subjectif. Lorsque notre cerveau se livre à une opération intellectuelle quelconque, nous pouvons, s'il s'agit d'un jugement, par exemple, le porter, soit d'une manière abstraite, soit l'exprimer en nous-mêmes et d'une manière plus concrète à l'aide du langage intérieur, soit enfin le manifester publiquement au moyen de la parole. C'est, à nos yeux, un non sens, de dire que la pensée verbale diffère essentiellement dans son mécanisme; lorsqu'une idée, se présentant à notre esprit, apparait dans le champ de la conscience, nous pouvons rester dans le domaine de la pensée pure, ou bien faire usage du langage intérieur, ou bien encore extérioriser verbalement notre pensée. Ces trois opérations sont distinctes ; si, lorsque nous parlons, l'idée paraît indissolublement unie au mot, c'est uniquement par habitude, par le fait de notre éducation et de nos obligations journalières.

Aussi, sommes-nous conduit à ne point accepter sans réserves la définition de l'aphasie, telle que Moutier nous la donne dans sa thèse : « L'aphasie, dit-il, est un trouble « du langage intérieur et de tous ses modes d'extériorisa- « tion, elle atteint le mot, symbole intellectuel. » S'il est vrai que la perturbation jetée dans l'évocation des images verbales conditionne l'aphasie, rien n'autorise à considérer le mot comme un symbole intellectuel, alors qu'il représente la manifestation simple de la pensée et nous doutons même « qu'il faille être métaphysicien pour abstraire celle-ci du langage », ainsi que le pense l'élève de M. Pierre Marie. « Oui, ajoute Moutier, l'idée peut exister sans mots ; « mais elle ne peut exister sans aucun signe. Une idée « subjective, une idée que rien ne traduit, une idée-tendance, n'existe pas (2). »

(1) F. Moutier. — *Loco citato*, page 237.
(2) F. Moutier. — *Loco citato*, page 238.

Et pourtant, n'a-t-il pas de ces idées subjectives, de ces idées-tendances, le musicien, qui, assis devant sa table de travail, cherche pour la symphonie qu'il compose et dans laquelle il met toute son âme, un thème en rapport avec les sentiments qu'il veut exprimer ? S'il demande au chant ou au clavecin une aide momentanée, ne le voit-on pas, d'une façon à peu près constante, donner libre cours à ses pensées et s'abandonner aux passions les plus violentes qui naissent en lui ? Et, lorsqu'enfin, la phrase musicale s'est déroulée dans son esprit, il la fixe sur le papier. C'est grâce à ces idées symboles, que la musique wagnérienne doit sa majesté, sa force et sa noblesse ; ces idées, éveillées en nous par les œuvres du Maître et que pas un langage humain ne saurait rendre, « rien ne peut les traduire ».

La représentation graphique de la musique, c'est-à-dire la note, n'est, en général, d'aucun secours à l'artiste qui compose et n'a pour lui que la valeur d'un symbole ; la pensée musicale, au contraire, dirige sa volonté ; elle est la source du génie.

La psycho-physiologie du langage, telle que la comprennent MM. Pierre Marie et Moutier, nous ramène aux théories nominalistes du Moyen-âge. De tout temps, en effet, on s'est préoccupé de résoudre les problèmes de métaphysique, touchant la formation, la genèse des concepts, de connaître les rapports qui pouvaient exister entre les idées et l'expression verbale nécessaire à leur manifestation.

Pour Platon, les idées sont des entités, dont l'existence est réelle, mais qui ne se trouvent à l'état de pureté que dans un monde imaginaire et différent du nôtre. Aussi, percevons-nous seulement le reflet de ce qui se passe ailleurs, dans des sphères inaccessibles à la pensée humaine. Rappelons-nous l'exemple de la caverne : au fond d'un antre obscur, des hommes, le dos tourné à la lumière du jour qui filtre par l'entrée, ne voient défiler devant leurs yeux que des ombres : c'est l'image de la vie.

A la même époque, les philosophes cyniques se refusent à concevoir l'idée comme une entité réelle et se font ainsi les précurseurs des théories nominalistes.

Dans cette même antiquité grecque, nous voyons bientôt Aristote, combattre avec passion la doctrine de l'objectivité de l'idée, que Platon défend. Ce dernier trouve dans son

élève, un esprit indépendant et critique, un logicien remarquable, qui parvient à grouper autour de lui un certain nombre de disciples, les Péripatéticiens, auxquels il enseigne que le mot est le signe des concepts dégagés de l'expérience : c'est, en somme, le conceptualisme moderne.

Il nous faut arriver au Moyen-âge, pour voir la querelle s'envenimer : les discussions deviennent alors si âpres et si passionnées, qu'on accuse d'hérésie et qu'on brûle sans merci toute personne dont le seul tort est de professer des opinions contraires à celles de l'époque. C'est le règne des Scholastiques, qui, partagés en trois écoles ennemies, se disputent au nom des principes les plus sacrés et les plus intangibles de la métaphysique.

Parmi eux, les Réalistes, continuateurs des théories platoniciennes, soutiennent que les Idées sont des réalités existant de toute éternité. Ces Idées se trouvent dans le monde, en dehors de nous ; elles émanent de Dieu, car il ne faut pas oublier que les hommes du Moyen-âge sont profondément religieux. Quant au mot, il ne revêt aucun caractère qui permette d'en faire une entité spécifique.

Les Nominalistes prétendent, au contraire que l'Idée n'est pas précréée : *universalia sunt flatus vocis*, disent-ils et ils ajoutent : *nihil est in intellectû quod non prius fuerit in sensû ;* c'est une erreur profonde que d'accorder au concept une importance primordiale : pour eux, l'idée se confond avec le mot. Ainsi, si l'on veut se servir d'une comparaison grossière pour mettre en évidence cette théorie, le muet est par principe un être dénué de toute activité intellectuelle, parce qu'il est privé de la parole et que tout moyen d'extérioriser verbalement sa pensée lui fait défaut.

Pour les Conceptualistes et Abailard, en particulier, les idées générales n'ont pas de réalité en dehors de l'esprit : c'est par là qu'ils s'opposent aux Réalistes ; mais il existe autour de nous des images d'objets, dont l'esprit dégage des concepts et c'est pour cette raison qu'ils se distinguent des Nominalistes. L'idée est indépendante du mot : celui-ci est l'expression de celle-là, sans en être la réalité, et les disciples d'Abailard reprennent la formule des Nominalistes, mais en la complétant et en la précisant : *nihil est in intellectû quod non prius fuerit in sensû*, NISI INTELLECTUS IPSE.

Depuis le Moyen-âge, le Conceptualisme a fait bien des

adeptes et de nombreux philosophes, parmi lesquels on peut citer Kant, se sont groupés autour de cette doctrine, la seule, à notre avis, qui soit susceptible d'expliquer, d'une manière tout à fait acceptable, le mécanisme psycho-physiologique de la pensée et du langage.

Quelques auteurs modernes ont voulu préciser davantage ces notions un peu abstraites, touchant la genèse du concept et du mot.

Pour Flechsig, les images des objets, c'est-à-dire les pensées, résident dans les cellules nerveuses d'une zone de l'écorce, qui joue le rôle de zone d'association ; celle-ci présiderait aux plus hautes fonctions de l'entendement. Lichtheim, Wernicke, Sachs, soutiennent que les représentations des choses se forment grâce à la synthèse des différentes images sensorielles, perçues dans les zones corticales respectives ; ces régions spécialisées sont réunies entre elles par des fibres d'association. D'après Lichtheim et Sachs, si l'on veut exprimer, à l'aide de la parole, l'image d'un objet, il est nécessaire que cette image, située dans la zone de l'écorce où se développent les pensées, s'associe à l'image verbale correspondante. Or, l'image de l'objet pourra être évoquée par des souvenirs visuels, auditifs, moteurs, etc..., mais non l'image du mot (1).

Peut-on penser sans le secours des mots ? Telle est la question que se pose Mingazzini ; bien que, chez le plus grand nombre des individus, la parole intérieure soit d'une grande utilité dans l'élaboration des concepts, le neurologiste italien est d'avis, que l'association entre les idées et les images verbales, n'est pas indispensable (2).

M. Pierre Marie nie l'existence des images du langage et c'est pourquoi, selon cet auteur, la théorie psycho-physiologique du langage étant inexacte, « la doctrine de l'aphasie s'est trouvée également erronée. » Dans sa thèse, Moutier prétend « qu'il en est de ces images, comme de la substance pensante » ; ce sont des *réalités métaphysiques*, dit-il, « ne correspondant à aucune expérience, mais d'une impor-

(1) *Archives de Neurologie*, Juillet-Août 1908. Page 63.

(2) Mingazzini. — *Leçons sur l'aphasie. Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi. Torino.* Unione tipografico editrice torinese, corso Raffaelo 28, 1908. Page 471.

« tance capitale au point de vue logomachique..... Il n'y a « pas d'images verbales, ni auditives, ni motrices, ajoute- « t-il ; c'est un mot vide de sens, qu'il faut rayer du vo- « cabulaire (1) ».

S'il est hors de doute qu'on a trop abusé des images spéciales, pour expliquer le mécanisme de la parole intérieure, s'il est exact qu'on a multiplié à tort les centres hypothétiques d'images du langage, témoin Jendrassik qui admettait des foyers distincts pour les verbes et les substantifs, les lettres et les syllabes, il n'en est pas moins vrai qu'on peut concevoir sans difficulté ces représentations mentales des objets et des mots. Qu'est-ce, en effet, qu'un souvenir, sinon la possibilité de faire revivre dans notre esprit, un acte du passé, un fait mémorable, une figure absente, etc..... Quels moyens devons-nous mettre en œuvre, pour qu'une opération intellectuelle de ce genre soit possible ? Nous nous servons d'images, tout simplement ; celles-ci ne sont pas tenues en réserve dans divers coins de l'encéphale, réfugiées par groupes en quelque galerie souterraine, comme le prétend Moutier, mais elles jouent un rôle considérable dans l'élaboration des concepts. Et il en est de même des images de mots, aussi indispensables pour le langage intérieur, que les images d'objets pour la formation des idées. Lorsque nous avons souvenance des paroles entendues au cours d'une conservation ou d'une discussion, lorsque nous nous remémorons certains passages d'un discours, dont les termes sont restés gravés dans notre mémoire, ne faisons-nous pas usage de ces images verbales, d'autant plus nettes que les centres, dans lesquels elles se trouvent emmagasinées, ont été plus vivement impressionnés ?

D'ailleurs, cette notion des images du langage n'est pas nouvelle ; elle remonte au philosophe anglais Hartley (1745) et de nos jours, elle est indispensable à quiconque veut comprendre la psychologie, la neurologie, la psychiatrie.

Les aliénistes ont étudié de tout temps l'hallucination et se sont préoccupés de connaître le mécanisme intime, la pathogénie de ce phénomène. Des nombreuses théories proposées par les psychiâtres, nous n'en retiendrons qu'une seule, celle de Tamburini, qui « rapporte l'hallucination à

(1) Moutier. — *Loco citato*, page 237.

un trouble fonctionnel des centres corticaux ». (Séglas). Cette conception, assez récente en date, doit retenir notre attention pendant quelques instants, car elle éclaire d'un jour nouveau la nature de ce trouble, que les autres théories sont impuissantes à expliquer.

Pour Tamburini, l'excitation, sous une influence encore ignorée, des centres corticaux communs ou verbaux, détermine l'hallucination. La zone du langage est-elle soumise à des phénomènes irritatifs ? Le malade présentera des hallucinations verbales. De même, que les centres moteurs, auditifs ou visuels communs, soient sollicités à réagir pour une raison, qui, dans la plupart des cas nous échappe, nous constaterons des hallucinations motrices, auditives ou visuelles communes (1). Mais comment l'excitation d'un centre cortical peut-elle provoquer le trouble hallucinatoire correspondant ? C'est ici qu'interviennent à nouveau les représentations mentales des objets et des mots : toutes les fois qu'un groupe de cellules de la corticalité, différenciées, aptes à une fonction déterminée, sera impressionné, les images emmagasinées dans ce centre et qui s'y trouvent à l'état latent, auront tendance à se réveiller et donneront ainsi naissance au trouble pathologique, qui constitue l'hallucination.

Prenons des exemples : tout le monde connaît les phénomènes observés par Weir Mitchell chez les amputés : ceux-ci, longtemps après l'opération, qu'ils ont subie, se figurent avoir la perception de mouvements volontaires dans le membre disparu ; ce sont là de véritables hallucinations motrices, ayant leur origine dans les centres qui président aux mouvements des membres amputés.

Tous les aliénistes sont d'accord, pour admettre la fréquence des hallucinations auditives verbales chez leurs malades et la rareté relative des autres troubles sensoriels. Pourquoi cette prédominance d'une seule espèce d'halluci-

(1) Le paralytique général, dont Sérieux a rapporté l'observation, (voir plus loin observation XLIII) présentait des hallucinations de l'ouïe, alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle. Ces deux catégories de manifestations, diamétralement opposées, étaient liées à l'influence tantôt irritative, tantôt inhibitrice d'une lésion en foyer (plaque de méningo-encéphalite), siégeant au niveau du centre de l'audition des mots.

nations ? Il est facile, croyons-nous, de s'en rendre compte et d'en donner une explication satisfaisante, si l'on songe que les images auditives verbales entrent en jeu, d'une façon prépondérante, dans le fonctionnement du langage intérieur ; nous sommes tous auditivo-moteurs, Déjerine l'a parfaitement établi, et c'est la raison pour laquelle on rencontre le plus souvent, chez l'aliéné, une certaine catégorie d'hallucinations, à l'exclusion de tout autre.

Si l'on se reporte maintenant à ce que nous avons dit dans les pages précédentes, où nous nous sommes efforcé de préciser les rapports qui unissent les différentes images du mot à celles de l'idée, « nous comprendrons comment « certains aliénés ont des hallucinations communes, sans « avoir d'hallucinations verbales, l'idée étant indépendante « du mot. Enfin, nous rappelant les associations qui exis- « tent entre l'idée et le mot, nous ne serons pas surpris de « rencontrer des hallucinations communes, associées à des « hallucinations verbales. Les mêmes raisonnements nous « expliqueront plus tard les combinaisons hallucinatoires, « puisque l'idée, comme le mot, n'est qu'un complexus « d'images mentales (1). »

Les hallucinés du langage sont donc surtout des *auditifs*, en tant que la réaction d'un centre cortical a été particulièrement intense, et en cela ils ressemblent aux individus normaux ; mais cette opinion n'a rien d'absolu, car les types moteurs n'étant pas rares, on constate fréquemment chez ces derniers, l'hallucination verbale motrice de Séglas.

En niant l'existence des images et de leurs centres, M. Pierre Marie ne peut expliquer la pathogénie de ces troubles « sensoriels », qu'on observe, d'une façon à peu près constante, chez les aliénés. Il lui est, de même, assez difficile de fournir une explication rationnelle des perturbations du langage, que l'on rencontre assez souvent chez les sujets atteints de surdité et de cécité verbales, par lésions de la zone de Wernicke : nous avons nommé les paraphasiques. Selon l'heureuse expression de Déjerine, ces malades présentent « une véritable ataxie du langage parlé » ; les images motrices d'articulation étant privées de leur régulateur normal, c'est-à-dire des images auditives, fonctionnent

(1) Séglas. — *Loco citato*, page 36.

d'une manière anormale, et chez l'aphasique sensoriel, les mots ne correspondent plus aux idées que le sujet veut exprimer.

En résumé, la psycho-physiologie et la clinique, l'étude du langage et la pathologie mentale, s'accordent, nous venons de le voir, pour nous affirmer l'indépendance réciproque du mot et de l'idée. Cette notion, dont l'importance est capitale, va nous permettre de comprendre la nature des troubles psychiques dans l'aphasie.

ÉTUDE
CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

PREMIÈRE PARTIE

L'Aphasie constitue, à elle seule, tout le tableau clinique

Aphasie et Démence

CHAPITRE PREMIER

Etat mental des cérébraux circonscrits

LES APHASIQUES PURS. L'APHASIE DE BROCA ET L'APHASIE SENSORIELLE. — L'AMUSIE

Avant d'exposer nos idées personnelles sur cette question, il nous a paru intéressant de faire précéder ce chapitre d'une étude historique des conceptions diverses, auxquelles

a donné lieu l'appréciation de l'état des facultés intellectuelles chez les aphasiques ; les opinions les plus contradictoires ont tour à tour été émises sur un semblable sujet, qui a prêté et qui prête encore à d'aussi savantes discussions.

Certains auteurs, épris de spiritualisme, ont admis, avec Broca, l'intégrité complète de l'intelligence dans tous les cas d'aphasie. Se basant sur l'indépendance absolue de l'idée et de son expression verbale, dont ils avaient l'intime conviction, ils en conclurent que les troubles du langage n'entraînaient pas nécessairement le désordre de la pensée. L'aphasique était, à leur avis, un individu normal, dans l'impossibilité plus ou moins complète de traduire ses idées par des mots. « Ils entendent, disait Broca, et comprennent « tout ce qu'on leur dit et ont leur intelligence..... et ceux « qui ne savent pas ou ne peuvent pas écrire, ont assez « d'intelligence (et il en faut beaucoup en pareil cas) pour « trouver le moyen de communiquer leurs pensées. » Les aphasiques ne ressemblent en rien aux alogiques de M. Proust « qui ne parlent pas, parce qu'ils ne pensent « pas, parce qu'ils n'ont pas d'idées : ils sont dans le coma, « la stupeur, la démence..... Dans l'aphasie, la pensée per- « siste, le langage d'action persiste, mais le langage artifi- « ciel est altéré (1). » Notons toutefois cette phrase, que l'on trouve dans une des toutes dernières publications de Broca (1869) : « Le plus souvent, écrit cet auteur, (quoiqu'on « m'ait fait dire le contraire), *l'intelligence* (chez les aphé- « miques) *est plus ou moins altérée;* les malades ont perdu, « en même temps que la parole, la lecture et l'écriture. »

Lordat cite sa propre observation: frappé d'aphasie et incapable de prononcer une seule parole « il n'éprouvait aucune gêne dans l'exercice de la pensée. » Malgré les défectuosités de son vocabulaire, le distingué professeur n'en continua pas moins, pendant de longues années, à tenir son auditoire sous le charme de son enseignement ; il conserva sa chaire jusque dans la plus extrême vieillesse et mourut presque centenaire (2).

Trousseau a laissé dans ses Leçons Cliniques une des-

(1) Cité de Broca.
(2) Voir plus loin observation XVII.

cription magistrale de l'intelligence des aphasiques. Ayant observé que ces malades présentaient le plus souvent une amnésie, sinon totale, du moins très appréciable des mots et des actes phonateurs, il en vint tout naturellement à admettre l'existence des mémoires partielles, lésées simultanément ou séparément à des degrés divers chez les aphasiques. Les troubles de la mémoire devaient entraîner un affaiblissement plus ou moins considérable des facultés intellectuelles. « Il est donc impossible de contester, écrit le « médecin de l'Hôtel-Dieu, que, dans l'aphasie, l'intelligen- « ce soit profondément altérée ; d'ailleurs, quand la mala- « die se guérit sous nos yeux, ce qui est assez fréquent, « nous assistons chaque jour à la résurrection des facultés « et nous voyons le progrès s'accomplir exactement comme, « dans la convalescence d'une maladie grave, nous voyons « renaître chaque jour les aptitudes physiques..... Ceux « mêmes, dont l'intelligence paraît être le moins troublée, « ont perdu pourtant quelque chose. » Trousseau termine cette étude, en disant que « l'aphasique boîtera toujours de son intelligence », exception faite, toutefois, pour certains malades, non agraphiques, chez qui l'altération du langage coexiste avec une intégrité parfaite de l'intelligence. L'opinion de Trousseau sur l'infériorité intellectuelle des aphasiques, fut adoptée par les cliniciens les plus autorisés de l'époque (Gairdner, Hughlings-Jackson, Ogle, etc.....) et prévalut longtemps après lui.

En 1876, Billod lut, à la Société Médico-psychologique, un mémoire dans lequel il déclarait, que, si l'intelligence de certains aphasiques reste entière, il en était tout autrement de la force morale, qui subit, dans la plupart des cas, une grave atteinte. Cette diminution de la force morale se manifeste par la facilité avec laquelle on voit ces malades s'émouvoir et pleurer, devenir accessibles à certaines influences, ce qui les rapproche des enfants ou des vieillards (1).

Le mémoire de Billod sur l'état mental des aphasiques fut le point de départ de discussions intéressantes, qui eurent

(1) Billod. — Contribution à l'étude de l'aphasie. (*Société Médico-psychologique.* Séance du 26 Mars 1876).

lieu à ce sujet, dans la même enceinte, pendant les années 1876 et 1877.

Lasègue, faisant sienne, mais en la poussant à l'extrême, la théorie de Trousseau, affirma que l'aphasique était un être inférieur, inerte, indifférent « parce qu'il ne cherche pas, comme tout « homme qui ne peut pas parler, à obvier « aux difficultés du langage parlé, par des gesticulations, « par une mimique intelligente, ou par tout autre moyen..... « En résumé, l'aphasique est un être inférieur, infirme et « souvent très irritable. »

Les idées de Lasègue, empreintes d'un rigorisme trop absolu, ne furent que médiocrement goûtées par ses collègues au sein de la Société.

Falret conclut, qu'au point de vue médico-légal, les aphasiques devaient être rangés en plusieurs catégories : ceux dont l'intelligence est manifestement conservée, ceux dont les facultés intellectuelles ont baissé, enfin ceux qui, à la fois irresponsables et incapables, sont atteints de démence. « Dans la plupart des cas d'aphasie, écrit Falret, le geste « est conservé, ainsi que les expressions de la physionomie. « Par là, les malades peuvent montrer qu'ils ont conservé « réellement leur intelligence. » Si, le plus souvent, cette faculté n'est pas entièrement préservée, elle a du moins à sa disposition, un degré suffisant d'activité.

Dans une excellente thèse, présentée en 1875 par Legroux au concours de l'agrégation, cet auteur déclarait que la situation de l'aphasique, au point de vue médico-légal, ne pouvait se résoudre, ni se trancher par une formule, chaque cas particulier comportant une appréciation différente, suivant le degré d'altération de la faculté du langage et suivant l'atteinte portée à l'intelligence. Et il citait, à l'appui de sa théorie, l'opinion de Tardieu (Traité sur la Folie 1872), pour qui l'aphasie, quoiqu'étant compatible avec l'intégrité des facultés intellectuelles, s'accompagne très ordinairement d'un certain affaiblissement de l'intelligence et doit donner lieu, pour chaque cas particulier, à un examen attentif. En thèse générale, poursuivait Legroux, l'aphasique ne peut être considéré comme un aliéné ou un incapable.

La Société de Médecine légale avait d'ailleurs combattu, en 1873, les conclusions d'un travail de Jules Lefort, avo-

cat distingué, lequel proposait de pourvoir *tous* les aphasiques d'un conseil judiciaire, pour les assister dans la gestion de leurs affaires.

Nous ne reviendrons pas sur les conceptions originales précédemment exposées de Charcot et de son Ecole, qui ont suivi de près les intéressants travaux de Wernicke et de Küssmaùl sur l'aphasie sensorielle. Charcot et Ballet, avons-nous dit, groupent les individus en visuels, auditifs, moteurs d'articulation et moteurs graphiques, selon qu'ils font intervenir dans leur langage intérieur, à l'état normal, surtout les images visuelles, auditives, motrices d'articulation et motrices graphiques. Pour ces auteurs, la perte de l'une de ces images doit entraîner la production d'un type particulier d'aphasie ; d'où quatre syndromes différents, cécité et surdité verbales, aphasie motrice et agraphie, qui peuvent exister isolément, à l'état pur, ou se combiner (et c'est le cas le plus fréquent) pour former des types complexes. Il est facile de comprendre, avec cette théorie, la raison pour laquelle une même lésion (celle du centre auditif verbal, par exemple), engendrera chez un moteur ou un visuel des troubles beaucoup moins accentués que chez un auditif. « L'importance des différentes opérations constitutives du « langage intérieur, pouvant s'exercer isolément ou affec- « ter une indifférence relative, n'est pas la même chez tous « les individus, visuels, auditifs, moteurs ; c'est pourquoi, « les conséquences d'un même trouble (cécité verbale) va- « rient suivant les personnes et déterminent, chez les uns, « un affaiblissement progressif de l'intelligence et restent « compatibles, chez les autres, avec une assez grande acti- « vité de cette faculté. » (Ballet).

Nous savons que M. Déjerine, contrairement aux opinions que professaient Charcot et son Ecole, admit la prépondérance des images auditivo-motrices dans le langage intérieur.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les doctrines principales qui, depuis Broca, ont régné successivement dans les esprits, en faisant à chaque époque des adeptes plus ou moins nombreux.

L'état mental des aphasiques a été soumis, nous l'avons vu, à des appréciations diverses : tandis que certains auteurs tombent d'accord, pour reconnaître à ces malades

une infériorité intellectuelle évidente, d'autres, mettent en doute l'altération de l'intelligence chez les sujets atteints d'aphasie et déclarent que cette faculté est intacte dans la majorité des cas ; d'autres enfin, plus éclectiques, concilient ces deux théories extrêmes, qu'ils jugent beaucoup trop exclusives et pensent que l'affaiblissement intellectuel est très variable d'un sujet à l'autre.

Tous les neurologistes, tous les aliénistes, ont admis jusqu'à ce jour, que les troubles du langage chez les aphasiques étaient dus à une destruction des images motrices ou sensorielles verbales, dont la perte entraînait, *ipso facto*, une diminution plus ou moins grande dans la capacité intellectuelle du malade.

M. Pierre Marie regarde, à l'heure actuelle, la conception classique comme totalement erronée ; dans un travail récent (1), il nie l'existence des images du langage et de leurs centres, et partant de ce principe, étudie l'aphasie sous un jour nouveau. Moutier a exposé et développé, dans sa thèse inaugurale, les idées de son Maître : nous les résumons brièvement.

Tout aphasique, dit-il, est par définition un être à intelligence affaiblie, car « le langage étant une fonction « intellectuelle, son déficit par lésions de la zone de Wer« nicke sera un déficit intellectuel ». Ce déficit est *double* : « *général*, il porte sur la mémoire, la mimique des« criptive, l'association des idées, les connaissances pro« fessionnelles, le jugement..... ; *spécialisé pour le langage*, « il porte sur la lecture, l'écriture, la compréhension de la « langue orale ou écrite..... Les prétendus symptômes *sen« soriels* de l'aphasique n'existent pas ; la cécité verbale et « la surdité verbale sont des troubles *intellectuels* de la « compréhension du langage (2). »

Pour M. Pierre Marie, l'aphasie, qui est « *une* », n'est que la conséquence d'une déchéance intellectuelle : « Si « pour ma part, dit-il, j'avais à donner une définition de « l'aphasie, le fait que je m'efforcerais surtout de mettre en « lumière, serait *la diminution de l'intelligence* (3). » Mais

(1) Voir la théorie de M. Pierre Marie au chapitre « historique ».
(2) F. Moutier. — *Loco citato*, pages 220 et 248.
(3) P. Marie. — *Semaine Médicale*, 23 Mai 1906.

dire que tous les aphasiques sont des amoindris psychiques, n'implique pas nécessairement cette idée qu'ils sont tous des déments. Aussi M. Pierre Marie s'élève avec énergie contre les assertions fausses de certains auteurs, qui lui ont reproché de vouloir classer les troubles du langage, de nature aphasique, parmi les démences. Moutier déclare dans sa thèse, que l'aphasie *n'est pas une démence :* ces deux syndromes ne doivent pas être confondus, bien qu'il doit souvent très difficile, en clinique, de les distinguer l'un de l'autre. L'aphasie peut présenter, comme la démence, un déficit intellectuel général, mais elle présente en plus, *et c'est ce qui la différenciera toujours des démences banales,* un déficit intellectuel particulier du langage.

D'éminents neurologistes, loin de souscrire sans réserves à un tel exposé, n'ont pas ménagé leurs critiques à la doctrine de Pierre Marie. M. Déjerine, en particulier, déclare que jamais aucun auteur n'a contesté l'atteinte des facultés intellectuelles dans l'aphasie, sauf en ce qui concerne les variétés dites « pures », pour lesquelles il convient de faire exception ; il pense, au contraire, que chez les aphasiques l'intelligence est le plus souvent touchée, mais ceci n'a rien d'absolu, car, dans certains cas, l'amoindrissement psychique est si peu accusé qu'il peut passer complètement inaperçu. Le degré d'altération des fonctions intellectuelles n'est soumis à aucune règle, mais il est plus prononcé dans l'aphasie sensorielle que dans l'aphasie motrice. Les troubles de l'intelligence — lorsqu'ils existent — sont sous la dépendance de causes diverses, qui ont une répercussion plus ou moins grande sur l'état mental du sujet ; c'est ainsi qu'il faut tenir compte de l'étendue et de l'intensité de la lésion, de son retentissement variable sur les régions voisines, de l'état des vaisseaux et de la circulation, de l'âge du malade, enfin des psychoses dont l'évolution est antérieure ou parallèle à l'aphasie.

M. Déjerine, analysant de plus près les conditions dans lesquelles se produit le déficit intellectuel des aphasiques, arrive à cette conclusion, que la perte des images verbales, par conséquent du langage intérieur, entraîne l'affaiblissement de l'intelligence. Mais il faut bien se garder de voir dans cet affaiblissement — qui n'est d'ailleurs pas un phénomène constant — la cause même de l'aphasie, ainsi que

le voudrait le distingué médecin de Bicêtre ; le raisonnement inverse doit être fait et c'est parce qu'ils pensent avec des images d'objets, au lieu de penser avec des images de mots, que ces malades glissent tout naturellement sur une pente fâcheuse, qui les amène peu à peu à la déchéance cérébrale — et encore, n'en est-il pas toujours ainsi. — « En « résumé, dit André Thomas, si on range le langage parmi « les fonctions intellectuelles, je suis bel et bien obligé de « reconnaître que l'aphasie de Broca est un trouble de « l'intelligence, mais c'est un trouble de l'intelligence portant exclusivement sur la fonction du langage. Si les autres facultés intellectuelles sont simultanément prises, « leur atteinte n'est pour rien dans la genèse de l'aphasie ; « par contre, celle-ci est peut-être, dans une certaine mesure, la cause de l'existence ou de la persistance de la « diminution de l'intelligence (1). »

Les auteurs les plus compétents que nous venons de citer, ont soumis l'état mental des aphasiques à des appréciations différentes ; au moment où nous écrivons ces lignes, l'ère des discussions est loin d'être close sur cette importante et délicate question, dont nous nous sommes efforcé de faire un historique aussi complet et aussi impartial que possible.

Tous les cliniciens ont été unanimes à reconnaître la richesse extraordinaire du langage mimique chez les aphasiques. Quelques-uns de ces malades, même ceux qui n'ont à leur disposition qu'un nombre très restreint de mots, ont une physionomie bien spéciale, une allure tout à fait particulière ; ils sont vifs, expressifs, s'efforçant de suppléer par la vivacité de leur mimique à l'expression verbale naturellle qui leur fait défaut. D'après Fernand Bernheim, l'instantanéité, l'exactitude des détails, la mobilité, caractérisent surtout cette mimique.

Les sujets frappés d'aphasie ont des jeux de physionomie analogues à ceux que peut avoir sur la scène le meilleur la main restée saine, les intonations variées d'un langage des acteurs. Les traits de la face, les gestes qu'ils font avec rudimentaire, traduisent les émotions diverses qu'ils éprou-

(1) André Thomas. — *Société de Neurologie,* 8 Novembre 1906. Page 1078.

vent, les sentiments parfois violents qui les agitent. Pour Brissaud, l'intonation est le plus souvent intacte chez l'aphémique, alors que l'articulation est troublée : cet auteur distingue dans le langage deux éléments, qui sont, d'une part, les articulations et d'autre part l'intonation, à savoir les modulations, le rythme, l'accent ; aussi le langage est-il « une chanson articulée ».

L'aphasique, dont Brissaud a rapporté la curieuse observation (il s'agissait d'une femme, âgée de 45 ans, hémiplégique du côté droit) était incapable de communiquer ses idées autrement que par des intonations variées, « de nuances infiniment délicates » (1).

La mimique peut-elle servir à caractériser l'état mental de tels malades ? Autrement dit, en présence d'un aphasique, est-il permis d'espérer que l'étude de la physionomie, du geste, du cri, nous donnera des renseignements certains sur l'intégrité plus ou moins complète des facultés intellectuelles du sujet ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative ; la pauvreté de la mimique est, d'une façon générale, en rapport avec l'altération profonde de l'intelligence. L'exubérance fréquente du langage mimé dénote, au contraire, un fonctionnement presque normal des facultés psychiques supérieures. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux malades, une paralytique générale et une aphasique sensorielle avec anarthrie, si ressemblantes au physique, qu'il était facile, à un examen sommaire, de les confondre. L'une et l'autre présentaient des traits de physionomie communs ; leur mutisme était presque absolu. La première, au visage inexpressif et niais, avait le sourire béat des démentes, tandis que la seconde, par la vivacité et la malice du regard, l'abondance et l'exactitude du geste, témoignait de son impuissance à ne pouvoir proférer aucun

(1) « Ces idées, écrit l'auteur, elle les exprime réellement par des « sons, je ne sais quels sons ; c'est un gloussement, un gazouille- « ment, parfois même quelque chose de plus aigu encore, comme des « cris de cobaye, avec cette différence, que les intonations varient « suivant des nuances infiniment délicates, modulées comme une « sorte de chant, où les piano, les forte, les accélérations et les ra- « lentissements du rythme, s'appliquent, sans qu'il soit permis d'en « douter, à l'idée qui voudrait sortir. » (Brissaud. — *Semaine Médicale* 1894. N° 43. Page 341).

mot, malgré l'absence de désordres dans l'exercice de la pensée (1). Il suffisait de comparer la mimique de ces deux sujets, pour apprécier l'état de conservation de leur intelligence.

L'enfant et le sourd-muet, dans l'impossibilité où ils se trouvent, d'exprimer leurs idées au moyen de la parole, se servent du langage naturel, c'est-à-dire du cri, de l'interjection, du geste, pour entrer en relations avec les autres hommes : l'aphasique agit de la même façon, il a recours à des procédés analogues, lorsqu'il veut arriver aux mêmes fins.

Si l'intégrité de la mimique atteste le plus souvent que la déchéance cérébrale est nulle chez nos malades, il faut bien avouer que ceux-ci présentent, à des degrés divers, des troubles variables du caractère — autre caractéristique de leur état mental —. Cette constatation n'est pas faite pour nous surprendre : véritable îlote dans la Société, l'aphasique vit en dehors de ses semblables, ne connaissant rien du monde extérieur, hormis ce qu'un jugement correct lui permet de discerner ; bien que jouissant, en général, d'un esprit assez judicieux, d'un sens critique presque normal, il se sent isolé, incapable de se livrer à aucune occupation sérieuse, et sa volonté en subit le contre-coup fâcheux. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant, à ce qu'on assiste, en pareil cas, à l'abaissement du ton affectif, à l'exagération de l'émotivité ; le malade est irritable, hargneux, ou bien indifférent, apathique. Billod avait noté, chez les aphasiques, une diminution fréquente de la force morale, qui rend de tels sujets accessibles aux influences de leur entourage et les laissent désarmés devant le danger des captations : dans la crainte d'être délaissés, ils deviennent la proie facile de parents ou d'amis peu scrupuleux.

Certains neurologistes ont voulu voir dans ces modifications du caractère, un effet de la perversion des facultés intellectuelles. Or, rien n'autorise une semblable opinion : nous venons d'en exposer les raisons. Les mêmes auteurs ont soutenu que l'aphasie était accompagnée de troubles

(1) La malade, aphasique sensorielle, dont il est question ici, a été minutieusement étudiée par nous durant de longs mois. Son observation est relatée plus loin. (Obs. LIII).

psychiques *constants*. Cette assertion contient-elle une part de vérité et quelle en est la valeur ?

On ne saurait nier, certes, qu'il existe dans cette affection, un état lacunaire de l'intelligence, spécial aux cérébraux circonscrits et dont les causes sont multiples.

Le degré d'altération du langage intérieur, d'une part, la diffusion et la multiplicité des lésions, d'autre part, conditionnent le déficit intellectuel des aphasiques.

La méthode anatomo-clinique démontre que les aphasies pures s'accompagnent du minimum de troubles mentaux ; dans ces variétés, les images verbales ne subissent aucune atteinte et le malade, dont la mimique est particulièrement riche et variée, trouve dans la rééducation une amélioration rapide ; ces cas correspondent à des lésions très limitées de la substance blanche sous-corticale. M. Déjerine a établi qu'une destruction partielle de la zone du langage avait son retentissement sur les centres voisins dévolus à cette fonction et que la disparition des images motrices, par exemple, entraînait un trouble considérable dans l'évocation des images visuelles et auditives. L'aphasique de Broca en est donc réduit, dans les cas les moins favorables, à se servir des images d'objets, au lieu de penser avec des images de mots : il ne peut plus faire usage du langage intérieur, dont la perte est absolue, et c'est pour lui une infériorité incontestable, infériorité qui ne va d'ailleurs pas jusqu'à la déchéance mentale, puisque l'élaboration des concepts est à peine gênée.

Par contre, que ce même malade ne fasse aucun effort pour récupérer, au moins en partie, le fonctionnement normal de ses facultés ainsi compromises, qu'il soit frappé d'ictus successifs, qu'une poussée inflammatoire, déterminant des altérations diffuses de l'écorce, se fasse autour de la lésion en foyer primitive, que l'involution sénile achève la désagrégation cellulaire, ce malade, à notre avis, versera facilement et rapidement dans la démence. Mais n'oublions pas qu'il est fréquent de rencontrer des aphasiques moteurs, dont l'intelligence reste entière durant la majeure partie de leur existence. Ces individus, aptes à gérer leurs affaires et qui se conduisent comme des personnes fort sensées dans les circonstances difficiles de la vie, il n'est pas rare de les voir conserver une situation importante ;

parfois même, ils continuent à diriger, sans rien sacrifier à leurs intérêts, une entreprise industrielle ou commerciale (1).

On a beaucoup insisté, pendant ces dernières années, sur le prétendu déficit intellectuel des aphasiques de Broca. Les troubles de la mémoire, qui ont été décrits par différents auteurs (Sazie, Moutier, etc.....), sont, en réalité, beaucoup moins accusés qu'ils ne le paraissent.

(1) On lit dans F. Bernheim (*De l'aphasie motrice.* Thèse de Paris 1901. Page 93) :

« Nous avons eu l'occasion de voir un aphasique moteur, qui, deux « mois après le début de son affection, voulait vendre sa maison, et « avait affaire à une cliente, très disposée à profiter de l'état du ma- « lade, pour acquérir la maison dans des conditions avantageuses. « Mais celui-ci a su mettre à profit et les quelques mots et phrases « que son vocabulaire lui permettait d'employer, et une mimique « particulièrement significative, pour ne pas se laisser duper et pour « débattre avec sa cliente les conditions de vente, avec autant de « précision et d'intelligence, que s'il avait été dans son état normal ; « la vente eut lieu, et dans les conditions consenties par l'aphasi- « que. »

Billod rapporte l'observation intéressante d'un riche propriétaire, M. X..., qui, frappé, à l'âge de 47 ans, d'aphasie motrice presque totale avec hémiplégie droite, avait conservé toute son intelligence ; — la mémoire semblait même augmentée.

« Telle paraissait être l'intégrité reconnue des facultés intellectuelles de M. X..., que, maire de sa commune et conseiller d'arrondissement, lorsqu'il fut frappé, en 1861, il fut maintenu dans ces fonctions et continua à les exercer jusqu'à sa mort, qui est arrivée le 2 Mai 1867, c'est-à-dire pendant cinq ans, dans les conditions d'une aphasie à peu près complète, avec l'hémiplégie droite qui avait persisté.

Il avait, en ces deux qualités, de nombreuses signatures à donner, et cette raison le détermina à apprendre à signer. Il y parvint en assez peu de temps.

Non content de ce résultat, il appliqua, avec une énergie de volonté très rare, son intelligence à réaliser son intention formelle d'écrire de la main gauche, et il y parvint également en un temps assez court. Il put alors donner toutes les signatures qui lui étaient demandées. On le vit même écrire quelques lettres privées, mais c'était pour lui un travail assez pénible. »

Dans ces conditions, M. X... fit un long testament olographe, qui fut attaqué par les héritiers du sang après la mort de leur parent. Le Tribunal prononça la validité du testament litigieux.

(Billod. — Contribution à l'étude de l'aphasie. *Annales Médico-psychologiques,* Mai 1877. Page 323).

Si, dans l'aphasie motrice, les facultés mnésiques semblent avoir subi une atteinte sérieuse et durable, c'est que la perte des images du langage jette une perturbation grave dans l'évocation des souvenirs. Demandons à un aphasique de nous donner verbalement l'adresse de son domicile : il sera le plus souvent dans l'impossibilité de répondre à notre question. Mais, qu'au milieu d'une phrase, nous prononcions le nom de la rue où il demeure, il le reconnaîtra immédiatement. L'amnésie n'est donc qu'apparente : elle ressortit plus à la difficulté d'évoquer spontanément l'image motrice correspondante, qu'au trouble de la mémoire proprement dit.

Pour Pierre Marie, le déficit intellectuel des aphasiques porte également sur les connaissances acquises par des procédés didactiques, ces malades n'ayant, par exemple, que des notions tout à fait rudimentaires en histoire et en géographie. Si, en vérité, ces lacunes sont réelles, on ne peut s'étonner que des sujets, dont, pour la plupart, l'éducation a été négligée (nous avons surtout en vue les malades des services hospitaliers) oublient rapidement ce qu'ils ont pu apprendre ; en outre, la gêne apportée à la compréhension du langage écrit leur interdit pour un temps parfois très long, d'entretenir par de nouvelles lectures ce qu'on leur a enseigné.

Moutier étudie, dans sa thèse, les altérations du calcul chez les aphasiques, altérations qui, selon lui, participent à la fois du déficit général et du déficit spécialisé. MM. F. Lotmar et Ch. de Montet pensent avec juste raison que « les troubles du calcul sont reliés d'une façon spéciale aux troubles du langage (1) ». En effet, disent ces auteurs, c'est dans le calcul écrit ou mental que la participation du langage intérieur est des plus manifestes ; il existe un rapport de cause à effet évident entre la perte des images verbales et les altérations du calcul. Aussi, obtient-on des résultats meilleurs en faisant calculer le malade à l'aide de monnaies, « en ce sens que les impressions de valeur et « de grandeur des monnaies compensent en partie la per- « te, pour l'évocation intérieure, des noms de chiffre ».

(1) F. Lotmar et Ch. de Montet. — Examen de l'intelligence dans un cas d'aphasie de Broca (*Société de Neurologie*, 8 Novembre 1906). — *Revue Neurologique*, 1906. Page 1071.

Si les facultés mnésiques sont intactes, il n'en est pas de même de l'attention volontaire, touchée, d'une façon générale, avec les progrès de la maladie ; l'aphasique se fatigue rapidement, quand on l'interroge : c'est un distrait. L'attention étant troublée, il en résulte parfois un affaiblissement plus ou moins prononcé de la mémoire de fixation (1).

Moutier prétend que l'imagination et les associations d'idées sont d'une pauvreté remarquable. Il semble, *a priori*, bien difficile de se faire une opinion exacte sur l'état de ces facultés, lorsqu'on songe au vocabulaire restreint dont dispose le « Broca » pour exprimer sa pensée, l'incohérence verbale du paraphasique ne pouvant, dans aucun cas, être mise sur le compte d'un amoindrissement psychique. Mais l'anarthrie n'est pas toujours absolue : on constate alors que le jugement est correct, le sens critique bien développé et que le raisonnement déductif reste normal ; le sujet a conscience de sa situation et conserve une lucidité parfaite : il s'oriente avec la plus grande facilité dans le temps et dans l'espace.

Ce que nous venons de dire pour les aphasiques moteurs, s'applique en tous points aux aphasiques de Wernicke, si ce n'est que ceux-ci paraissent, de prime abord, plus profondément atteints : les « *sensoriels* » vivent dans un autre monde, incapables de comprendre ce qui se passe autour d'eux, puisque l'isolement dans lequel ils se trouvent plongés, en fait de malheureuses épaves au sein de la Société. Leur intelligence sombre, dans ces conditions, beaucoup plus rapidement et la déchéance mentale s'installe de bonne heure. Il n'est pas rare d'observer chez ces malades une paraphasie inconsciente, qui leur donne l'aspect, l'attitude de véritables déments, et les fait prendre, dans maintes circonstances, pour des aliénés au verbiage incohérent. Nous consacrerons plus loin un chapitre spécial à l'étude de ces troubles particuliers du langage, dont nous venons d'esquisser à grands traits les manifestations cliniques.

Disons, en terminant, quelques mots des aphasies musi-

(1) L'amnésie antérograde n'est, d'ailleurs, jamais complète ; elle n'existe le plus souvent qu'à l'état d'ébauche.

cales ou *amusies*. De même que le langage vulgaire sert à l'expression de notre pensée, de même la pensée musicale a besoin, pour se manifester, de phrases, d'harmonies, de mélodies et d'une écriture spéciale. Le rapprochement, dit Charcot, entre celui qui a perdu la faculté de parler, l'aphasique ordinaire, et celui qui a perdu la faculté de jouer d'un instrument, l'aphasique musical, est parfaitement légitime.

L'amusie accompagne, d'ordinaire, les altérations du langage parlé ; mais elle peut exister, seule, à l'état d'isolement, sans aphasie verbale concomitante. Dans ce cas, elle porte, soit sur tous les modes, sensoriels et moteurs, du langage musical *(amusie complexe)*, soit sur l'un de ces derniers seulement *(amusie simple*, auditive, visuelle, motrice ; agraphie musicale, aphémie instrumentale).

Les amusiques, quand ils ne souffrent pas en même temps d'une lésion du centre de Broca ou de la zone de Wernicke, sont le plus souvent des individus normaux, dont les facultés intellectuelles n'ont subi aucune atteinte (1).

(1) Les trois cas d'aphasie musicale, que nous rapportons ici, sont cités, le premier par Charcot (*Clinique de la Salpêtrière*, 8 Mars 1883), les deux autres par Brazier (Du trouble des facultés musicales dans l'aphasie. *Revue philosophique*, Octobre 1892). Consulter aussi Ingegnieros (Les aphasies musicales. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1906).

1°) *Agraphie musicale et aphémie instrumentale, sans troubles du langage verbal*

Le sujet, musicien de profession, se vit tout à coup privé de son seul moyen d'existence, qui était de jouer dans les orchestres ; il perdit en même temps l'aptitude de copier la musique, en quoi il était spécialiste, travaillant pour les principaux compositeurs de musique de Paris, parmi lesquels il suffit de citer Massenet.

Le malade avait 45 ans et jouait du trombone à coulisse. Cet instrument est plus difficile que le piston, parce qu'il se compose de deux tubes recourbés, qui peuvent entrer l'un dans l'autre, n'ayant pas de clés, et qu'on obtient les différents sons en allongeant ou en raccourcissant l'instrument même ; quant à copier, cet art exige une bonne connaissance de la musique, afin de pouvoir lire vite, bien écrire et même corriger les fautes qui peuvent être échappées à celui qui a composé ou écrit la partition.

En Septembre 1883, après des excès de travail et d'autre genre, il

On tend à l'heure actuelle, surtout en Allemagne, à considérer l'aphémie instrumentale (amimie musicale de Wallascheck) (1) comme un trouble apraxique (2).

s'apprêtait à copier de la musique, quand il s'aperçut qu'il était tout à fait incapable de le faire. Il voyait la musique, il la lisait, il pouvait la chanter mentalement, mais ne pouvait pas la copier. En vain l'essaya-t-il à plusieurs reprises ; cependant la mobilité de la main était normale et il n'éprouvait aucune difficulté pour l'écriture ordinaire. Il avait donc une *agraphie musicale* (Charcot la nomma ainsi) sans agraphie de l'écriture ordinaire. Après cela, le malade prit un jour son instrument, sans en pouvoir jouer, c'est-à-dire qu'il était incapable de l'allonger ou de le raccourcir convenablement et de placer les lèvres et la langue comme il fallait ; le malade conservait parfaitement sa pensée et sa parole musicale : il entendait mentalement ce qu'il désirait jouer, mais il se trompait en faisant les mouvements nécessaires avec l'instrument ; de même, l'aphasique moteur conserve l'idéation et la faculté d'entendre les paroles. Cette aphasie musicale n'était pas accompagnée d'aphasie verbale sous aucune forme.

2°) *Amusie motrice et surdité musicale, sans aphasie verbale*

Observation d'un ténor, qui, en pleine représentation, s'aperçut tout à coup qu'il n'entendait plus ce que les autres artistes chantaient et qu'il ne pouvait plus émettre une seule note, bien qu'il perçût parfaitement le langage ordinaire et qu'il n'eût pas d'aphasie.

3°) *Alexie musicale. — Surdité musicale. — Aphémie instrumentale, sans troubles du langage verbal*

Cas d'un pianiste qui, pendant un concert, perdit la mémoire musicale visuelle (il ne pouvait plus lire la musique), la mémoire auditive (il ne comprenait plus les sons de l'orchestre qui l'accompagnait) et la mémoire motrice instrumentale (il était incapable de jouer) sans éprouver aucun symptôme d'aphasie verbale.

(1) Wallascheck. — L'aphasie et l'expression musicale. *Vieterlsjahrschrift für Müsikwissenschaft,* fasc. I, 1891.

(2) Voir plus loin au chapitre « aphasies, agnosie et apraxie ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une femme polyglotte, n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable. Mimique particulièrement expressive. Mort. Autopsie (1).

Madeleine R..., 39 ans, est entrée à l'Asile de Villejuif (Service du Dr Briand), le 20 Mai 1908, venant de l'hôpital de la Pitié, où elle « troublait par ses cris et son agitation incessante, le repos des autres malades ».

Voici en quelques mots son histoire : Alsacienne d'origine, elle quitte son pays, dans l'enfance, pour venir se fixer à Paris. A l'âge de 12 ans, elle part pour l'Amérique et s'installe à Chicago comme bonne d'enfants, chez des Espagnols ; elle séjourne dans cette ville pendant trois années, et en profite, étant très intelligente, pour apprendre la langue de ses maîtres.

Revenue en France en 1884, elle épouse un Italien, ce qui lui permet de s'instruire dans une langue nouvelle et trouve un emploi dans un grand restaurant de la capitale.

En 1894, à l'âge de 25 ans, des excès de boisson l'obligent à un premier séjour à l'Asile de Villejuif, du 28 juin au 31 octobre de la même année.

En 1896, ictus apoplectiforme : elle tombe à terre et perd connaissance pendant 10 heures ; lorsqu'elle revient à elle, son entourage s'aperçoit qu'elle est paralysée du côté droit et qu'elle a perdu l'usage de la parole. La malade qui, avant son ictus, parlait quatre langues : le français, l'allemand, l'italien et l'espagnol, ne peut plus prononcer désormais que deux mots « oh

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans le *Bulletin n° 7 de la Société Clinique de Médecine Mentale* (Juillet 1909). O. Doin et fils, Editeurs.

non ». Elle présente en outre un léger degré de cécité verbale, mais ce trouble disparaît complètement au bout de quelques mois. Soignée à l'Hôtel-Dieu, pendant un an, puis admise, en 1898, dans le service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière, où elle reste deux années, elle entre pour la seconde fois, en mai 1908, à l'Asile de Villejuif.

Madeleine prétend n'avoir jamais été malade : elle nie la syphilis, mais elle a fait trois fausses couches, ce qui nous permet de douter de ses affirmations au sujet de cette affection.

Avant son accident, c'était, comme on l'a vu, une femme très intelligente, qui est parvenue à parler et à écrire quatre langues, d'une façon à peu près correcte.

M. le professeur Déjerine l'a examinée à la Salpêtrière, en 1898-1899, et voici ce qu'il écrit à son sujet, dans le *traité de pathologie générale* de Bouchard, à l'article aphasie :

« J'ai actuellement (1898), dans mon service, à la Salpêtrière, « un cas des plus démonstratifs à cet égard. Il concerne une « femme de 29 ans, atteinte depuis 4 ans, d'aphasie motrice « avec hémiplégie droite. C'est une femme intelligente et cul- « tivée, polyglotte, sachant le français, l'allemand, l'italien et « l'espagnol.

« L'aphasie motrice est totale, absolue. La malade n'a conser- « vé que le mot « oh non », qu'elle n'emploie, du reste, que dans « son véritable sens, c'est-à-dire lorsqu'elle veut dire « non ». « Elle ne peut, en effet, le prononcer dans d'autres conditions. « L'aphasie est également totale pour la répétition des mots. « Pour le chant, elle ne peut prononcer un seul mot, mais fre- « donne tous les airs. La lecture mentale est intacte chez elle, « et se fait aussi vite que chez une personne bien portante. Elle « écrit de la main gauche, spontanément et sous dictée, d'une « manière facile et correcte, et copie en transcrivant l'imprimé « en manuscrit. Elle compose très vite les mots avec les cubes « alphabétiques, spontanément et sous dictée. La mimique de la « face et des gestes est remarquablement expressive. Cette fem- « me indique avec les doigts, aussi vite qu'un sujet normal et « cultivé, le nombre de syllabes, que contiennent les mots ser- « vant à désigner les objets qu'on lui montre. »

En juillet 1908, Madeleine se présentait à nous sous l'aspect suivant :

Hémiplégie droite avec *contracture* et exagération du réflexe rotulien de ce côté ; pas de trépidation épileptoïde. Quand on met l'avant-bras et le bras en supination forcée, le membre supérieur paralysé revient immédiatement et d'une façon brusque en position de pronation. (Epreuve de la supination. Babinski).

Parole spontanée. — La parole spontanée est impossible. Seu-

le, l'expression « oh non » est prononcée et employée dans son véritable sens. Fait à noter chez cette malade polyglotte : l'aphasie motrice est totale pour trois langues, l'allemand, l'italien et l'espagnol. Son vocabulaire se réduit à deux mots français et elle avoue connaître l'italien beaucoup mieux que les autres langues.

Elle ne peut répéter les mots prononcés devant elle.

L'amusie motrice est complète. Madeleine est incapable de fredonner les airs, alors qu'elle pouvait le faire, à la Salpêtrière, en 1898-1899.

L'épreuve de Lichtheim-Déjerine est positive. — R... indique rapidement, au moyen de ses doigts, le nombre de syllabes du mot qu'elle ne peut prononcer. Elle compose facilement les mots avec les cubes alphabétiques, spontanément et sous dictée, que ces mots soient de langue française, allemande, italienne ou espagnole ; il semble, cependant, que l'évocation mentale des images motrices soit assez lente à se produire. Ainsi, si nous lui présentons un objet, elle n'évoquera l'image motrice de cet objet qu'avec peine, et n'écrira son nom qu'en faisant un certain effort intellectuel.

Quoi qu'il en soit, on constate chez elle, l'intégrité de la notion du mot et, par suite du langage intérieur, les images auditives étant évoquées avec beaucoup plus de facilité et de rapidité que ne le sont les images motrices.

La Lecture à haute voix est impossible. Il n'existe pas trace de surdité verbale. — Madeleine exécute immédiatement les ordres qu'on lui donne, dans une des quatre langues qu'elle connaît. Lui demandons-nous en allemand : « A quelle heure vous levez-vous le matin ? » Elle fait signe qu'elle saisit le sens de notre phrase et compte jusqu'à 6 sur ses doigts.

Elle n'a pas *de surdité musicale.*

La compréhension est parfaite pour les chiffres et *les nombres.*

La lecture mentale est conservée, aussi bien pour le français et l'allemand, que pour l'italien et l'espagnol. On ne constate ni cécité littérale, ni cécité verbale. Pas de troubles dans la lecture des chiffres et des nombres.

L'écriture spontanée est possible. La malade écrit spontanément de la main gauche ; son style est correct.

L'écriture sous dictée est facile. De même, la malade copie sans difficulté, en transcrivant l'imprimé en manuscrit.

Madeleine ne présente *pas trace d'aphasie optique, de cécité psychique, d'astéréognosie ou d'apraxie.*

La mimique est remarquablement bien *conservée.*

Les gestes sont des plus expressifs et le facies reflète exactement l'état des sentiments intérieurs.

Intelligence. — Notre malade n'a pas, à proprement parler, de *troubles intellectuels :* Elle ne manifeste aucun affaiblissement de la conscience, paraît se rendre compte de sa situation et se comporte très normalement ; elle connaît son âge et se localise parfaitement dans le temps et dans l'espace ; Madeleine nous indique, à l'aide de ses doigts, une date demandée ou qu'elle se trouve à Villejuif, etc. Les facultés mnésiques sont intactes. Les faits récents sont bien conservés ; la malade se rend compte du temps écoulé depuis son entrée à l'asile et des circonstances qui ont motivé son internement.

Elle a gardé un souvenir fort net de son enfance ; elle fait allusion à la guerre de 1870 et nous raconte, dans son langage spécial, que ses parents, habitant l'Alsace, ont eu beaucoup à souffrir de l'invasion allemande. Les mémoires de fixation et de conservation fonctionnent d'une façon normale ; seule, la mémoire de reproduction est un peu altérée. La faculté d'attention, le pouvoir d'association ne sont pas troublés ; l'imagination paraît normale, autant qu'il est possible de s'en rendre compte chez une aphasique.

Le jugement est correct : Madeleine s'intéresse aux différents événements de la vie journalière ; elle sait que Villejuif est un asile, où l'on soigne les personnes atteintes d'affections mentales (elle nous montre sa tête qu'elle secoue tristement). Les facultés syllogistiques n'ont pas subi de diminution apparente ; la malade effectue correctement quelques opérations d'arithmétique, additions, soustractions, multiplications simples.

La compréhension est parfaite : Si nous interrogeons R... en allemand, elle écrit sa réponse en français et inversement, suivant le désir exprimé par l'interlocuteur.

D. — Wo sind sie geboren ?

R. — A Keskatel.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Ich bin Villejuif.

Pendant tout son séjour à l'Asile, Madeleine, qui par suite de son hémiplégie, est incapable de s'occuper, reste assise une partie de la journée, à l'écart des autres malades, avec lesquelles elle ne peut causer. Elle pleure parfois au souvenir de ses trois jeunes enfants, mais la tristesse qu'elle manifeste ainsi, semble de courte durée ! Ajoutons qu'elle supporte mal les taquineries de la part de ses compagnes.

Malgré les troubles légers de l'affectivité, de la volonté et du caractère, nous pouvons résumer notre opinion sur cette femme, en affirmant, que chez elle, en dehors de l'aphasie, les troubles intellectuels sont si peu accusés, qu'on doit douter qu'il en existe ; *la tendance à s'acheminer vers la démence est, de ce fait,*

à peu près nulle. Madeleine est donc une malade, infirme du langage depuis 1896, dont l'état mental est resté sensiblement le même, pendant ces douze dernières années. M. le professeur Déjerine, qui l'a examinée deux ans après son ictus, a porté le diagnostic d'aphasie motrice pure et n'a pas davantage constaté chez elle, de perturbation dans le fonctionnement de l'intelligence.

En 1908, dix années plus tard par conséquent, les circonstances nous permettant d'observer la même malade, nous aboutissons à cette conclusion, que l'état mental de Madeleine R.... n'a pas varié d'une façon appréciable (nous notons seulement de l'amnésie qui n'existait pas en 1898 et une certaine difficulté dans l'évocation mentale des images motrices).

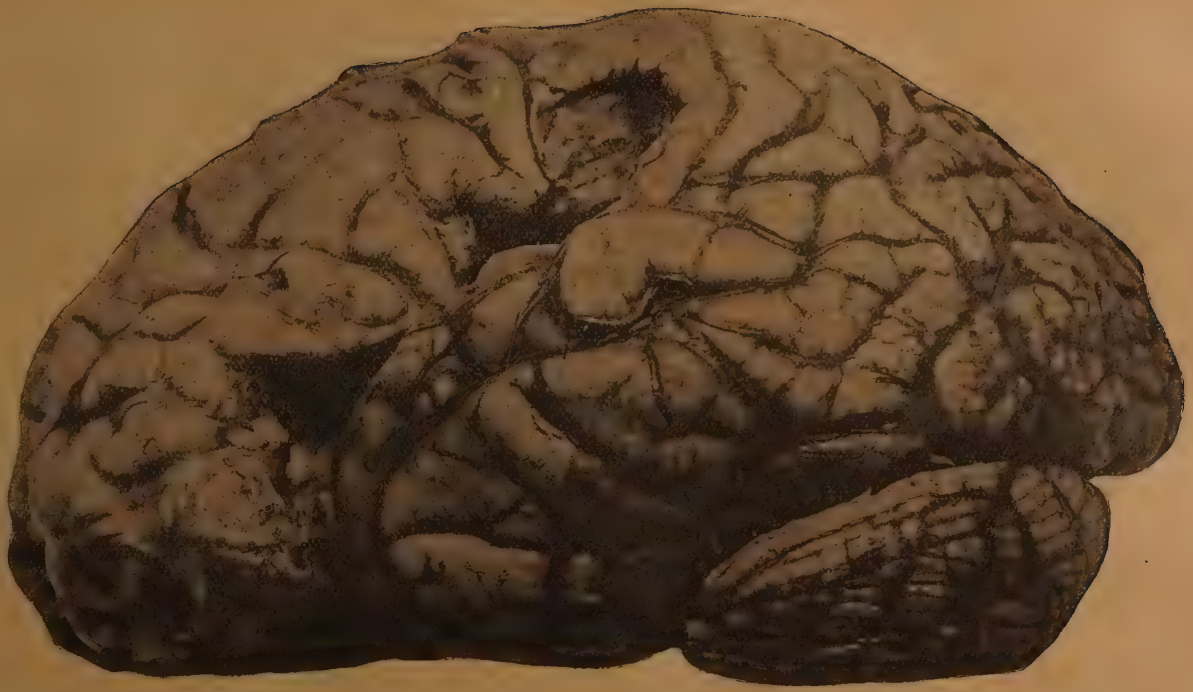
En définitive, on ne peut nier que 12 ans après son ictus, cette femme ne soit restée aussi intelligente qu'à l'époque de son accident.

M. le Dr Fernand Bernheim, élève du professeur Déjerine, avait pratiqué également l'examen méthodique de notre malade, alors qu'elle se trouvait à la Salpêtrière en 1900 et a rapporté son observation dans un thèse remarquable sur l'aphasie motrice. Voici comment il s'exprime à son égard (5 février 1900) :

« L'intelligence est parfaite ; *le déficit intellectuel est aussi*
« *peu marqué que possible ;* tout au plus la malade présente-
« t-elle une propension au rire plus accentuée que normalement.
« Mais elle paraît jouir d'une activité cérébrale relativement
« très vivace. La mémoire de la malade est intégralement con-
« servée ; elle se rappelle tous les détails de sa vie et se souvient
« également bien de ce qu'elle a fait les jours précédents. L'at-
« tention ne se fatigue pas trop rapidement, ni trop facilement.
« La mimique, nous l'avons dit, est très variée et très appro-
« priée aux pensées de la malade ; elle est à la fois expressive,
« instantanée et mobile. L'émotivité par contre, est très mar-
« quée et si la malade est interrogée par quelqu'un qu'elle ne
« connaît pas, ou devant trop de monde, elle se trouble et
« l'examen est faussé. »

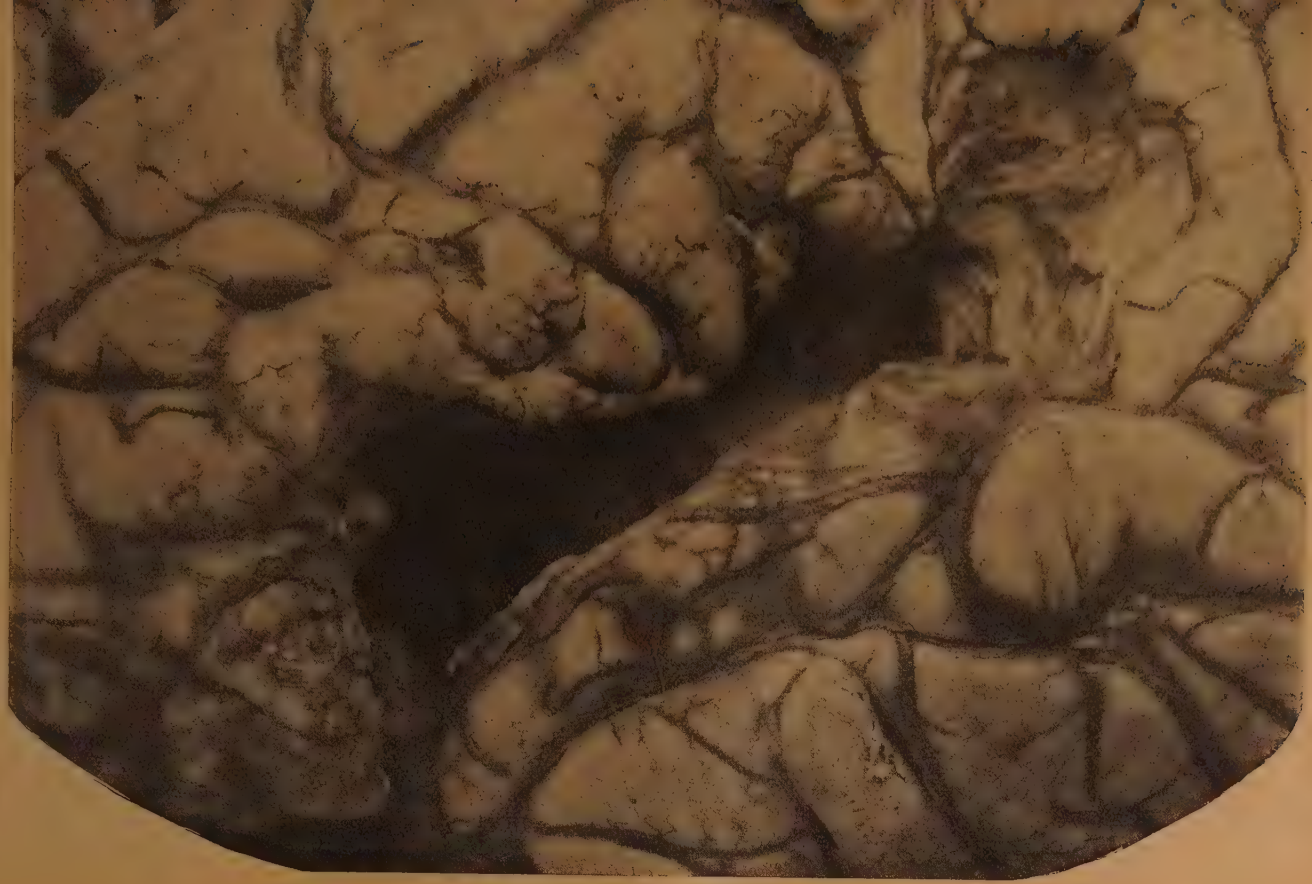
Plus loin « la mimique a toujours été particulièrement expres-
« sive chez elle et on peut dire que ce « second langage » sup-
« pléait bien au premier. Il n'y avait *aucun déficit intellectuel ;*
« la vivacité et l'énergie des réponses mimées étaient remar-
« quables et montraient combien les processus psychiques, en
« dehors des stimuli nécessaires à la parole articulée, fonction-
« naient intégralement. » (1).

(1) *De l'aphasie motrice.* (Etude anatomo-clinique et physiologique). Thèse de Paris 1900. Observation n° VI, page 220.

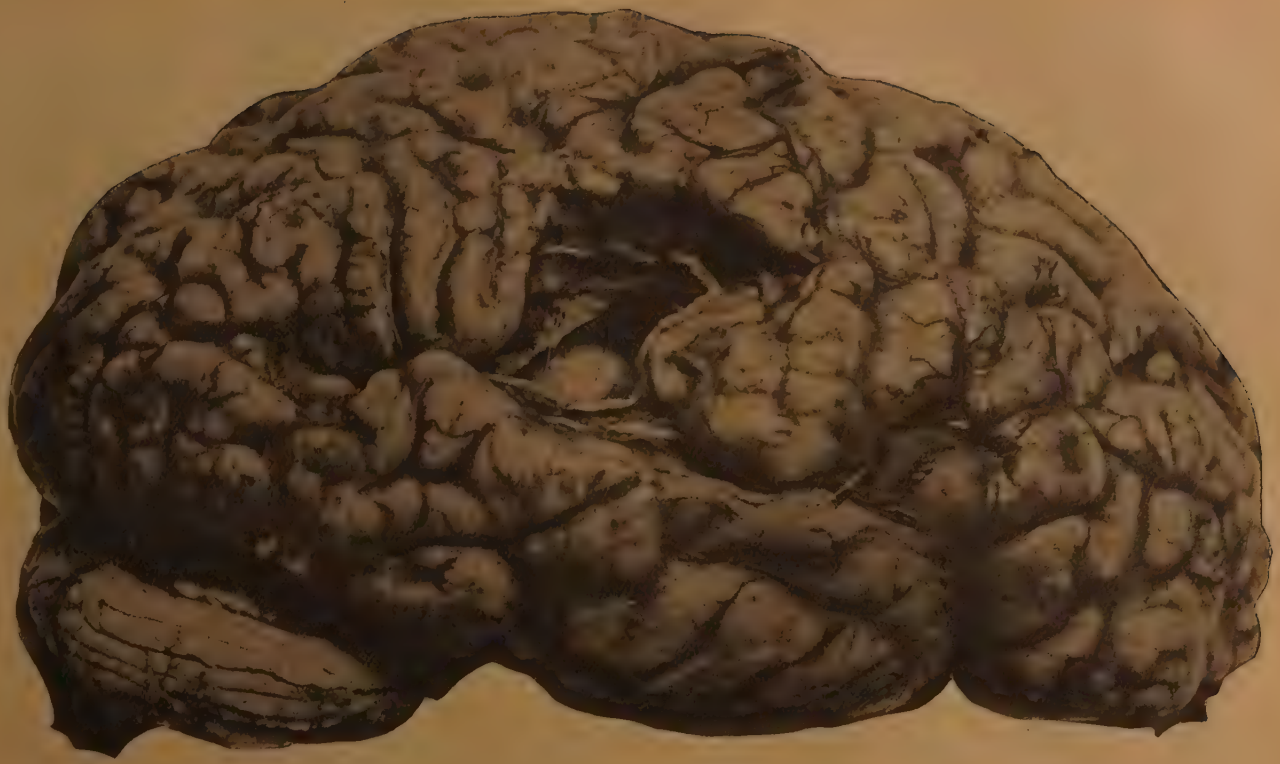


PL. I. — *Hémisphère gauche* (face externe).

Foyer de ramollissement détruisant la presque totalité de la troisième frontale. On aperçoit au-dessus le sillon de Rolando entr'ouvert.

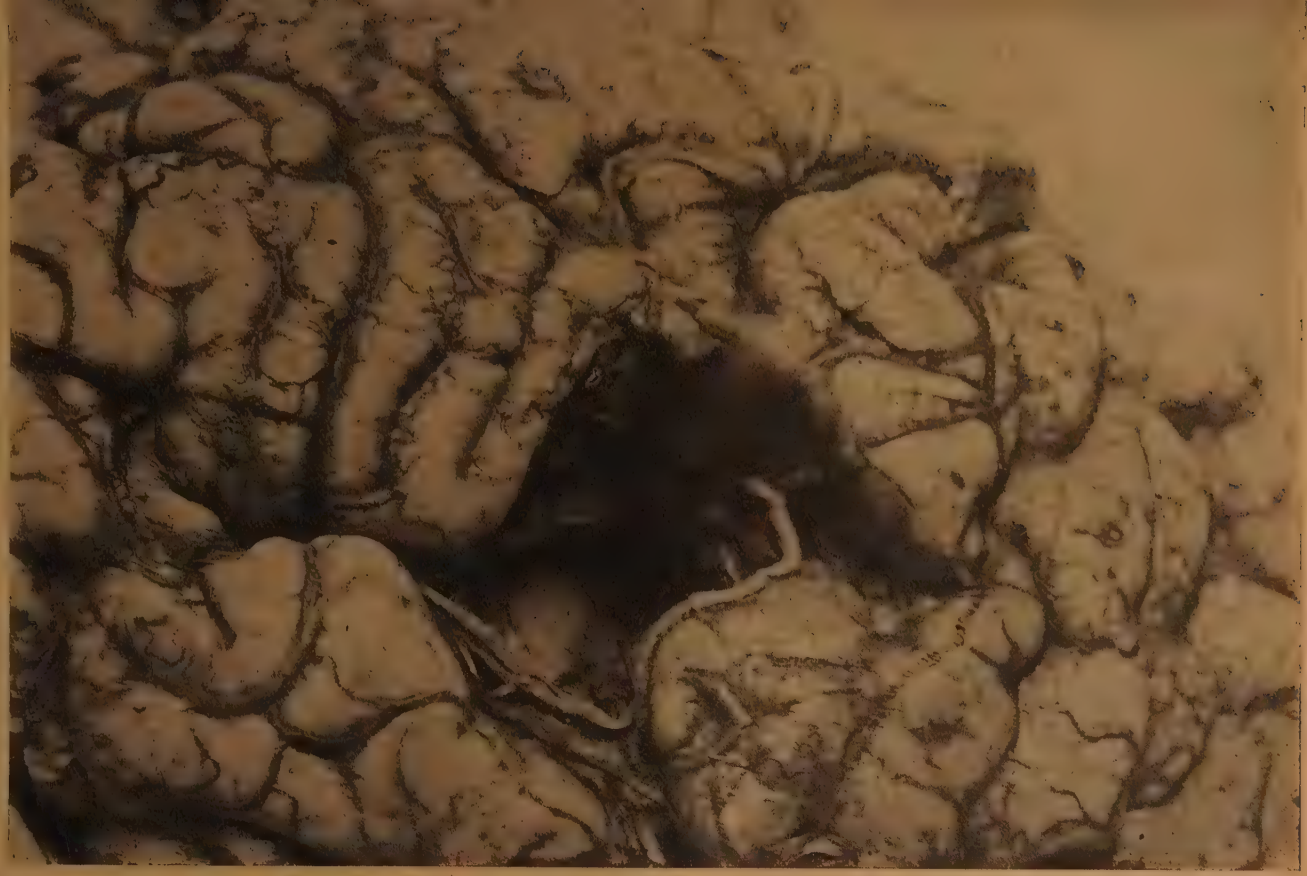


PL. II. — *Hémisphère gauche* (face externe).
Agrandissement de la figure précédente (voy. pl. I) limité à la lésion en foyer de la troisième frontale.

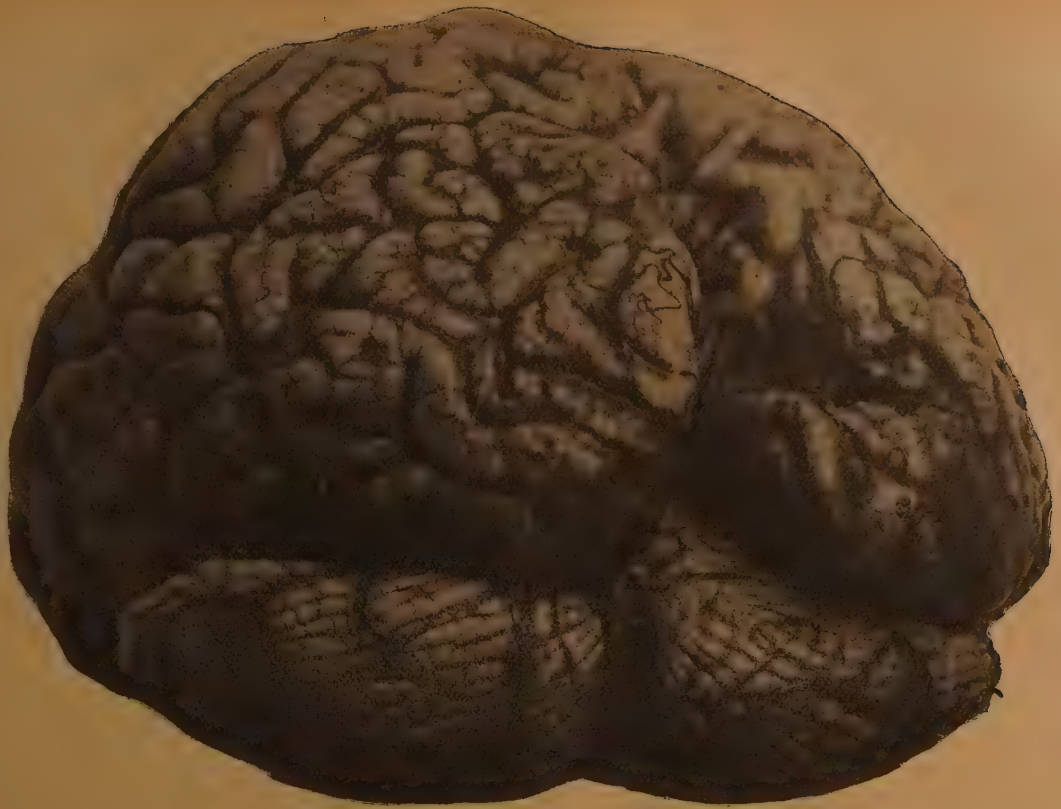


Pl. III. — *Hémisphère droit* (face externe).

Foyer de ramollissement intéressant la zone de Wernicke (2/3 postérieurs de la pariétale inférieure et partie antéro-supérieure du pli courbe).



Pl. IV. — *Hémisphère droit* (face externe).
Agrandissement de la figure précédente (voy. pl. III) limité à la lésion en foyer de la zone de Wernicke.



Pl. V. — *Encéphale* (vue postérieure).
Foyer de ramollissement limité à la moitié postérieure des deux lèvres de la scissure perpendiculaire interne (hémisphère droit).

Les appréciations du Dr Bernheim, concernant l'état mental de Madeleine R... en 1900, sont identiques à celles que nous formulions en 1908.

La malade sucomba le 15 mai 1909 dans un crise d'asystolie d'origine rénale.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, donne les résultats suivants :

Plèvres, péricarde, péritoine. — Une assez grande quantité de liquide jaune citrin s'échappe à l'ouverture de ces séreuses. Adhérences pleurales très fortes du côté droit.

Reins. — Atrophie bilatérale, prédominant sur le rein gauche. Leur couleur est gris pâle, leur surface irrégulière, bosselée, semée de granulations et de kystes. La capsule se décortique très difficilement.

Foie. — De couleur jaunâtre. Granuleux ; crie sous le couteau, lorsqu'on le coupe. On constate de petites hémorragies dans son intérieur.

Rate. — Normale.

Cœur. — Gros cœur rénal :

a) Ventricule gauche. Hypertrophié. Les parois et les piliers de la valvule mitrale sont épaissis. Quelques caillots sanguins sont adhérents aux parois du ventricule.

b) Ventricule droit. Dilaté, contient des caillots cruoriques. La valvule tricuspide est légèrement insuffisante.

c) Aorte. Athéromateuse à son origine.

Poumons. — Lésions banales de congestion et d'œdème.

Méninges, cerveau. — Les méninges ne sont ni épaissies, ni adhérentes. A l'inspection du cerveau, on note l'existence de trois foyers de ramollissement.

1° Hémisphère gauche. — Sur la face externe de l'hémisphère gauche, on découvre un *premier foyer de ramollissement,* détruisant la moitié postérieure de la tête, le cap et le pied de la troisième frontale (ces deux dernières parties en totalité). Le lobe frontal est atrophié dans son ensemble. (Pl. I, II).

2° Hémisphère droit. — *a)* A la face externe de l'hémisphère droit, on constate un *deuxième foyer de ramollissement,* formant une cavité profonde, irrégulière, anfractueuse, et dont les dimensions sont les suivantes :

en hauteur et en profondeur, 2 cm 5 à 3 cm
en largeur, 2 cm à 2 cm 5

Ce foyer intéresse la circonvolution pariétale inférieure, dans ses 2/3 postérieurs, ainsi que la partie antérieure et supérieure du pli courbe. Une artère, vraisemblablement l'artère du pli courbe, chemine intacte dans l'intérieur de cette cavité, parallè-

lement au bord supérieur de la première circonvolution temporale. (Pl. III, IV).

b) Un troisième foyer de ramollissement, d'une étendue beaucoup moindre, est limité à la moitié postérieure des deux lèvres de la scissure perpendiculaire interne qui sépare le cuneus du lobe quadrilatère. (Pl. V).

En résumé, la malade dont nous venons de relater l'observation, est intéressante pour les raisons suivantes :

Depuis près de quatorze ans qu'elle est aphasique, et malgré l'existence de deux gros foyers de ramollissement, Madeleine n'a jamais présenté le moindre trouble intellectuel ; c'était, bien au contraire, une femme intelligente et cultivée, polyglotte, sachant le français, l'allemand, l'italien et l'espagnol.

La destruction de la troisième frontale et, en particulier, du centre de Broca, explique les altérations du langage parlé ; mais, ce qui est plus important à faire ressortir, c'est que la lésion de la zone de Wernicke, du côté droit, n'a, malgré son étendue, produit aucun symptôme d'aphasie sensorielle.

OBSERVATION II

Aphasie motrice pure (sous-corticale). Conservation de l'intelligence. (Souques. *Société de Neurologie.* 11 juin 1908).

« Une jeune fille de 20 ans, atteinte d'une lésion mitrale, est prise en octobre dernier de malaises et d'étourdissements. On la conduit le jour même à l'hôpital : elle marchait, parlait, mais paraisait obnubilée. Le lendemain matin, pendant que l'externe du service prenait son observation, elle fut subitement prise d'une attaque d'aploplexie. Elle resta ainsi sans connaissance durant quelques heures ; quand elle fut revenue tout à fait à elle, vingt-quatre ou trente-six heures après, elle était hémiplégique gauche — elle était gauchère. Elle comprenait tout ce qu'on lui disait, et répondait par écrit, vite et exactement, aux diverses questions orales ou écrites qu'on lui posait. Mais il lui était impossible d'articuler une parole. Lorsque je la vis, trois semaines plus tard, elle était encore complètement anarthrique, mais elle n'avait aucune espèce de trouble de l'écriture, de la lecture, de la compréhension de la parole. Elle comprenait absolument tout ce qu'on disait : j'ai contrôlé et recontrôlé le fait sans jamais la prendre en défaut ou en erreur. Elle lisait son journal tous les jours et s'y intéressait vivement ; elle lisait pareillement le manuscrit, et répondait correctement par écrit à

toutes les questions qu'on lui faisait. Elle avait une ardoise à sa disposition, sur laquelle elle écrivait de la main droite — comme la plupart des gauchers, elle écrivait de la main droite — vite et correctement ses désirs et ses réponses.

Seule, l'articulation verbale était tout à fait impossible. Cette malade était en quelque sorte muette.

Les organes de la parole étaient un peu parésiés, mais pas assez pour expliquer les troubles de l'articulation. L'hémiplégie était totale et complète aux membres, avec signe de Babinski.

L'intelligence était vive et normale. »

Cette observation est un exemple remarquable d'aphasie motrice pure (sous-corticale), s'établissant d'emblée, et qui s'installe chez une malade ne présentant pas, dans la suite, de déficit intellectuel appréciable.

OBSERVATION III (résumée)

Aphasie motrice pure. Conservation complète des facultés intellectuelles et morales. Guérison. (Mesnet. *Société Médico-psychologique.* 26 février 1877).

M. Mesnet rapporte à la Société Médico-Psychologique l'observation du malade R..., atteint d'hémiplégie *gauche* avec perte absolue de la parole et dont la guérison fut complète.

Ce dernier, tombé tout à coup sans connaissance, était devenu, après l'ictus, aphasique moteur presque total. Néanmoins, il ne présentait pas d'agraphie et n'avait pas de troubles de la lecture mentale. Il séjourna 7 mois à l'hôpital St-Antoine et fut aphasique complet pendant 5 mois et demi.

Pendant toute la durée de sa maladie, il ne fut pas permis de constater chez R..., l'existence du moindre déficit intellectuel ; les gestes, la mimique traduisaient son impuissance à ne pouvoir prononcer une seule parole. Chaque matin, à la visite, il écrivait sur un bon, ce qu'il avait à dire au médecin, entretenait celui-ci de ses malaises, des symptômes qu'il ressentait, lui parlait de sa guérison, du souci que lui occasionnait son enfant qu'il voulait aider par son travail. Enfin, tous ses écrits témoignaient d'une sensibilité morale profonde.

« Le malade que j'ai eu si longtemps sous les yeux, écrit l'au-
« teur, que j'ai pu étudier chaque jour pendant plus de 6 mois
« dans tous les détails de sa vie, n'a jamais eu un moment de
« défaillance (il n'avait, il est vrai, que la somme d'instruction
« et d'éducation qui appartient d'ordinaire à l'ouvrier). Privé

« absolument de la parole, il n'a cessé de témoigner, par l'écri-
« ture, de l'exercice régulier de son intelligence ; en toutes
« circonstances, nous l'avons vu faire preuve de discernement,
« de jugement : sa mémoire était fidèle, ses expressions justes ;
« il avait le sentiment de ses devoirs envers la famille, et aux
« temps difficiles, il est le premier au poste d'honneur ! »

En effet, lorsqu'en Octobre 1866, le choléra fit son entrée à Paris, les salles du Dr Mesnet, à l'hôpital St-Antoine, furent affectées au service des cholériques. Le manque d'infirmiers créant les plus graves embarras, R..., n'écoutant que son dévouement et le désir de se rendre utile, demanda au Directeur de faire partie du personnel de la salle. Il fut accepté, et pendant la durée de l'épidémie, son zèle ne se démentit pas un instant. Aucun infirmier ne l'égala en dévouement, et ce fut lui, qui, à la fin de l'épidémie, reçut de l'administration la prime donnée aux meilleurs services.

R... guérit très rapidement ; quand il sortit de l'hôpital, les troubles de la parole avaient presque complètement disparu.

OBSERVATION IV (résumée)

Cécité verbale pure. Hémianopsie homonyme latérale droite. Absence complète de déficit intellectuel. (Observation I. Thèse Bernard : *De l'aphasie.* 1889.

M. H. P..., âgé de 35 ans, propriétaire d'une maison de commerce, devient tout à coup paraphasique et hémiplégique du côté droit. Au bout de quelques jours, l'aphasie disparaît et aussi l'hémiplégie ; le malade peut écrire, il écrit lisiblement pour donner un ordre ; mais lorsqu'il veut se relire, il est incapable de le faire. La cécité verbale est accompagnée d'hémianopsie homonyme latérale droite.

L'aléxie n'est pas absolue pour l'écriture. La lecture, qui est seulement extrêmement difficile, n'est possible que sous le contrôle des notions fournies par le souvenir des images motrices graphiques correspondantes, c'est-à-dire à l'aide des mouvements exécutés par la main, dans l'acte d'écrire.

Malgré la présence de ces troubles profonds dans la compréhension du langage écrit, le malade continue à gérer ses affaires et à s'occuper de son commerce, comme par le passé. « C'est un garçon à l'œil vif, intelligent, à la démarche assurée, aux gestes faciles, » qui raconte sans difficulté son histoire, et qui répond correctement à toutes les questions qu'on lui pose.

OBSERVATION V (Personnelle)

Aphasie motrice, cécité et surdité verbales, chez un jeune homme de 21 ans. Très bon état intellectuel (1).

Le 22 Janvier 1908, le cavalier C..., âgé de 21 ans, appartenant au 27e dragons, fut amené à l'hôpital militaire de Versailles. Le billet d'entrée portait le diagnostic de congestion cérébrale, avec la mention : jeune soldat, service armé, poids 60 k. 500.

Pendant la visite, au régiment, ce soldat avait présenté un ictus apoplectiforme tout à fait net. Il entre aussitôt à l'hôpital avec tous les symptômes d'une aphasie totale, compliquée d'hémiplégie droite.

EXAMEN DU 22 JANVIER 1908

La paralysie, flasque, comprend tous les muscles des membres droits, ainsi que le facial (branches supérieures et inférieures). Par contre, l'intelligence paraît intacte et dès la première visite, C... essaye de se faire comprendre par signes.

La physionomie du malade est gaie et rieuse, les gestes faits avec le membre supérieur gauche sont abondants et corrects. Il est visible que C... comprend et qu'il supplée par la mimique à l'insuffisance de son langage. La sensibilité cutanée de la face, et des membres droits est très diminuée. Le pouls et la respiration sont normaux ; la réaction pupillaire est intacte, le visage de couleur normale.

Aucune trace de chute ou de contusion n'est relevée. Aucun symptôme de maladie vénérienne, ancienne ou récente, ou de tuberculose, n'est constaté. Le malade nie du reste toute affection de ce genre.

Pendant les quelques jours qui suivent l'admission du jeune soldat, les symptômes ci-dessus énumérés persistent et le médecin traitant hésite entre le diagnostic d'hémiplégie organique et celui d'hémiplégie hystérique. Cependant, la recherche des stigmates de cette dernière maladie donne un résultat à peu près nul.

Le 26 Janvier, C... fait comprendre qu'il a faim et son alimen-

(1) Nous remercions vivement Monsieur le médecin aide-major Cayrel, qui, à l'hôpital militaire de Versailles, s'est mis très obligeamment à notre disposition pour nous faciliter l'examen de ce malade.

tation commence. L'intensité de l'hémiplégie diminue progressivement et le malade peu plier la jambe droite. Le 30 Janvier, il s'alimente plus que de coutume, mais le soir de ce jour, la température monte à 39° et le lendemain matin il est évacué sur la division des contagieux avec le diagnostic de scarlatine.

C... reste dans ce dernier service du 31 Janvier au 16 Mars 1908 ; la scarlatine évolue normalement, l'hémiplégie diminue d'une façon progressive, au point de disparaître complètement, mais l'aphasie persiste.

Le 16 Mars 1908, C... rentre à la Division des fiévreux et 4 mois plus tard, l'examinant à nouveau, nous constatons chez lui l'état suivant :

Examen du 31 juillet 1908

1° *Motricité.* — Les symptômes de paralysie de la face et des membres du côté droit se sont amendés. Il persiste seulement un léger abaissement de la commissure labiale droite.

C... se tient debout, boit, mange, dort et se promène ; il a toutes les apparences de la bonne santé.

En poussant l'examen, on constate que la force musculaire des membres droits est inférieure à celle des membres gauches et que la fatigue amène rapidement un tremblement des plus manifestes, du côté parésié. Il persiste dans les mouvements de la main droite, non de l'impotence fonctionnelle, mais une certaine inhabileté. Le membre inférieur droit présente les secousses spasmodiques de la dégénérescence scléreuse.

Les muscles innervés par le facial paraissent fonctionner normalement ; mais il est impossible de savoir si leur puissance est diminuée.

Du côté des organes de la vision, de la gustation, de l'audition et de l'odorat, le malade n'accuse aucun trouble.

Bien que les muscles du larynx, de la langue et des lèvres paraissent se contracter normalement, C... est incapable d'articuler d'autres paroles que des cris et des sons indistincts : « oui » et « non » sont les seuls mots de son vocabulaire.

2° *Sensibilité.* — Il semble qu'il y ait une demi-hypoesthésie droite, mais il est assez difficile de s'en assurer, par suite de l'impossibilité, dans laquelle le malade se trouve, de donner un renseignement quelconque à ce sujet. La même observation s'applique à ce qui concerne les recherches sur la sensibilité pharyngée et la sensibilité thermique.

La sensibilité générale paraît plus vive aux extrémités qu'à la racine des membres ; pas de dissociation syringomyélique. On n'observe aucune zone hystérogène.

3° *Réflexes.* — Le signe de Babinski (orteils) est négatif à droite ; l'épreuve de la supination au membre supérieur droit ne donne aucun résultat (1). Une certaine contracture est encore facile à déceler au niveau des membres parésiés : de ce côté, le réflexe patellaire est brusque et exagéré, il existe de la trépidation épileptoïde, qui continue même à se manifester aussitôt après la recherche du clonus.

Les réflexes cutané, abdominal et crémastérien sont normaux, de même que les réflexes cornéen et pharyngé.

Les pupilles sont un peu déformées : elles réagissent d'une façon normale à la lumière et à l'accommodation.

4° Il n'existe aucun *phénomène trophique ou vaso-moteur* secondaire. La musculature du sujet est régulière.

5° *Stigmates de dégénérescence.* — La voûte palatine est ogivale ; les dents ne présentent pas de stries, mais les incisives latérales supérieures sont en retrait sur les médianes et les canines. La luette est bifide. Les lobules des oreilles sont adhérents. L'implantation des cheveux semble défectueuse.

6° *Système nerveux central.* — Bien que le système moteur périphérique destiné à l'articulation des mots soit intact, C... ne peut produire que des sons tout à fait bizarres, sauf les deux mots « oui » et « non » qu'il prononce en les employant dans leur véritable sens ; le langage spontané est nul et il en est de même pour la parole répétée. C..., est incapable de fredonner un air. L'épreuve de Lichtheim-Déjerine est négative ; les cubes alphabétiques ne lui sont d'aucun secours pour composer le mot représentant le nom de l'objet qu'on lui montre. Il y a, par conséquent, altération du langage intérieur : les images motrices verbales sont troublées et nous allons voir qu'il en est de même des images visuelles et auditives, ces dernières n'étant atteintes qu'à un degré beaucoup moindre.

En effet, le malade ne présente pas de surdité verbale à proprement parler ; il comprend tous les ordres qu'on lui donne, mais lorsqu'on prononce devant lui une phrase un peu longue, il hésite, se trouble et paraît interpréter difficilement les paroles qu'il vient d'entendre. Ceci est vrai, en particulier, pour les nombres dont la compréhension est imparfaite.

On constate des troubles considérables de la lecture mentale : la cécité littérale est incomplète, C... reconnaissant les lettres avec beaucoup de difficulté ; quelquefois même, il semble n'en reconnaître aucune.

La cécité verbale est totale et porte aussi bien sur le nom du

(1) Voir pour l'explication de ce signe (épreuve de la supination), les observations I et LIII.

malade que sur les mots usuels. De même pour la cécité syllabique.

La lecture mentale des chiffres et des nombres est très compromise ; emblèmes et couleurs sont reconnus.

L'examen de l'écriture nous montre que C...., écrit spontanément son nom de famille. C'est, du reste, le seul qu'il lui soit possible de tracer spontanément sur le papier. Cette variété d'agraphie porte aussi bien sur les chiffres que sur les nombres.

L'écriture sous dictée est nulle. L'écriture d'après copie est pénible et lente, le malade se servant, pour tracer les caractères, de sa main droite parésiée. Il transcrit très difficilement l'imprimé en manuscrit ; parfois même, il commence la copie en lettres cursives, pour la terminer en caractères d'imprimerie. Les nombres sont toutefois copiés un peu plus rapidement, mais, dans ce cas, le malade éloigne les chiffres les uns des autres.

Nous n'avons pas remarqué chez C..., d'aphasie optique, de troubles agnosiques ou apraxiques.

La mimique de ce jeune homme est remarquablement bien conservée : le facies et les gestes suppléent dans la limite de leurs moyens, à la perte presque totale du langage articulé.

En résumé, nous sommes en présence d'un malade, chez qui l'on constate un syndrome de Broca des plus nets, consistant en aphémie avec alexie et légère surdité verbale.

Les troubles de la compréhension de la parole parlée, ainsi que les altérations si profondes de l'écritude spontanée et d'après copie, pourraient même en imposer pour une aphasie totale, à la fois motrice et sensorielle.

Or, malgré l'importance des lésions cérébrales, nous allons constater, chez notre sujet, une intégrité presque complète des facultés intellectuelles. Il ne faut pas oublier cependant, que C..., est un dégénéré typique et que, de tout temps, le champ de son activité psychique a été assez restreint.

Pas d'affaiblissement de la conscience ; le malade se localise très exactement dans le temps et dans l'espace. Les troubles de la mémoire sont nuls; C..., ne peut, en vérité, prononcer une seule parole, mais sa mimique est si éloquente, que nous ne pouvons avoir de doute sur la manière dont les souvenirs anciens et récents sont conservés. Les diverses facultés d'association, d'attention, d'imagination fonctionnent d'une façon normale. Le jugement et le sens critique paraissent intacts, le malade se rendant parfaitement compte de sa situation. Les facultés syllogistiques ne semblent pas avoir souffert, quoique C..., ne puisse se livrer à aucune opération d'arithmétique un peu compliquée, en raison de la perturbation très grande qui existe dans ses images verbales. Comme nous lui faisons comprendre que, dans quelques

jours, il sera définitivement rendu à sa famille et que la vie au grand air, à la campagne, achèvera sa guérison, il secoue tristement la tête, mais une certaine joie se peint sur son visage, croyons-nous, à la pensée de se retrouver bientôt au milieu des siens, qu'il aidera par son travail dans la mesure de ses moyens.

Une dernière question se pose : devons-nous espérer qu'un tel malade se rétablira, au point d'éviter une mise à la réforme complète, toujours préjudiciable, d'ailleurs, aux intérêts de la personne qui en fait l'objet ? Il est hors de conteste, qu'en pareil cas et surtout chez un jeune homme robuste, la médication spécifique donne souvent des résultats inattendus. Il semble donc que C..., victime probable d'une endartérite syphilitique, puisse tirer un bénéfice énorme d'un traitement mercuriel intensif.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Aphasie motrice, alexie et agraphie. Troubles délirants consécutifs à l'attaque. Accidents hystériformes. Tabes probable. Amélioration progressive des troubles moteurs du langage. Bon état intellectuel.

Geneviève C..., 46 ans, entre à l'Asile de Villejuif (Service du Dr Briand), le 8 Juillet 1899 ; elle vient de Ste-Anne, où le Dr Magnan, après l'avoir examinée, a rédigé le certificat suivant : « Dégénérescence mentale avec illusions, interprétations déli- « rantes et idées de persécution ; excitation et violences par « intervalles. » Ajoutons que la malade est aphasique et en même temps hémiplégique du côté droit. Voici, brièvement rapportée, son histoire :

Elle épouse à 22 ans un individu syphilitique, de qui elle a 9 enfants, dont 6 meurent en bas âge de méningite et dont 3, encore vivants à l'heure actuelle, sont âgés respectivement de 27, 18 et 14 ans.

Dans le courant de l'année 1898, en vaquant à ses occupations habituelles, elle fait un ictus. Lorsqu'elle revient à elle, au bout de plusieurs heures, il lui est absolument impossible de prononcer une seule parole, sauf peut-être le mot « un » ; elle présente de la cécité verbale et est hémiplégique du côté droit. En outre, les personnes de son entourage remarquent que sa face est asymétrique et que sa bouche est déviée du côté non paralysé.

Transportée à l'hôpital de la Pitié, où elle séjourne 18 mois,

Geneviève manifeste bientôt des idées délirantes de persécution et des idées de suicide, qui nécessitent son transfert dans un établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale.

Antécédents. — Son père est décédé, à 40 ans, d'un néoplasme stomacal ; sa mère a succombé, très âgée, à une affection cardiaque. Elle a eu 7 frères et sœurs, dont 5 sont vivants et en parfaite santé à l'heure actuelle.

examen du 24 juillet 1899

On constate chez la malade une aphasie motrice complète avec hémiplégie droite, aléxie et agraphie. La paralysie des membres supérieur et inférieur droits s'accompagne de tous les signes de contracture. La dépression mélancolique s'atténue, quoique Geneviève ait tenté de se suicider quelques jours après son entrée dans le service. On institue immédiatement la médication spécifique et sous l'influence de ce traitement, les troubles paralytiques du côté des membres rétrocèdent, de même que les symptômes d'aphasie motrice disparaissent progressivement.

examen du 12 mars 1904

La malade, qui s'est peu à peu rééduquée, prononce spontanément un nombre assez considérable de mots.

Pendant son séjour à l'Asile, on a pu constater chez elle de nombreux troubles hystériformes : attaques convulsives fréquentes, sensation de boule, avec point hystérogène manifeste à droite, anesthésie du côté droit au niveau du bras, de la cuisse et de la jambe. A l'heure actuelle, ces symptômes sont beaucoup moins accusés et la sensibilité est égale des deux côtés.

Mais, ce qui frappe surtout à l'examen de Geneviève, c'est la persistance d'un certain nombre de signes physiques, déjà très apparents en 1899 : nous notons, en effet, chez cette malade de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll-Robertson, une abolition complète des réflexes patellaires et achilléens, un léger Romberg, une démarche quelque peu titubante, des douleurs fulgurantes au tronc (douleurs en ceinture) et au niveau des membres, ainsi que des crises gastriques violentes se terminant dans la plupart des cas par des vomissements. Ce tableau clinique simule, à s'y méprendre, la symptomatologie du tabes. Est-ce véritablement de l'ataxie locomotrice ? Nous devons faire des réserves sur cette affection, car l'état de la malade est resté sensiblement le même depuis bientôt 5 ans.

Signalons, enfin, chez C..., une amyotrophie des membres droits beaucoup plus prononcée au membre supérieur qu'au membre inférieur. L'hémiplégie ancienne a fait place à une hémiparésie avec légère contracture. Pas de trépidation épileptoïde ; le réflexe cutané plantaire existe en flexion et le signe de la supination (Babinski) est négatif.

EXAMEN DU 22 JUILLET 1908

1°) **Parole articulée.** *a) Parole spontanée.* — Rééducation progressive. La malade dit spontanément son nom, son âge et converse volontiers avec ses voisines, à qui elle raconte les menus incidents de la journée. Lorsqu'on lui présente un objet, ou bien elle prononce immédiatement le nom de cet objet et cela sans aucune réflexion, ou bien elle hésite quelques instants avant de l'indiquer, ou bien elle s'épuise en vains efforts, et ne peut parvenir à le trouver. D'une façon générale, la prononciation des mots, dont l'évocation n'est pas immédiate, est assez laborieuse, pour ne pas dire impossible.

b) Parole répétée. — La répétition des mots existe sans altération notable.

c) Etude du chant. — Geneviève chante beaucoup mieux qu'elle ne parle. Mais veut-on lui faire réciter comme de la prose ou une poésie ordinaire les mots de sa chanson, elle présente les mêmes troubles que dans la parole spontanée.

d) Lecture à haute voix. — Totalement impossible par suite de la cécité verbale.

2°) **Epreuve de Lichtheim-Déjerine.** — Cette épreuve n'a pas grand intérêt ici, puisque la malade se rééduque peu à peu et qu'elle évoque spontanément un assez grand nombre d'images motrices.

Il en est de même pour la composition des mots au moyen des cubes alphabétiques.

3°) **Compréhension du langage parlé.** — Geneviève comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. Absence de surdité verbale et de surdité musicale.

4°) **Examen de la lecture mentale.** — Cécité verbale presque complète : la lecture de l'imprimé et du manuscrit est à peu près incompréhensible. Asyllabie. Cécité littérale incomplète. La malade lit son nom et son prénom, ainsi que certains mots usuels, sans toutefois comprendre le sens général de la phrase qu'elle a sous les yeux. Ces quelques mots sont, d'ailleurs, reconnus à

leur aspect, à leur forme générale : ils n'ont, dans l'esprit de la malade, que la valeur d'un dessin ou d'un symbole et ne correspondent à aucun terme à signification rigoureusement précise.

La lecture des chiffres et des nombres est beaucoup plus facile : elle s'exécute assez rapidement, même s'il s'agit de nombres un peu compliqués.

5°) **Etude de l'écriture.** *a) Ecriture spontanée.* — IMPOSSIBLE. Geneviève écrit cependant son nom de jeune fille sans trop grande difficulté. De même, elle trace spontanément quelques chiffres.

b) Ecriture d'après dictée. — IMPOSSIBLE.

c) Ecriture d'après copie. — La copie de l'imprimé et du manuscrit est extrêmement pénible, car la malade, étant hémiplégique à droite, ne s'est pas habituée à écrire spontanément de la main gauche.

Les nombres simples sont copiés d'une manière un peu plus correcte.

6°) **Pas d'aphasie optique ni de cécité psychique.** — Les *troubles agnosiques et apraxiques* font défaut.

7°) **Examen de l'intelligence.** — La personnalité est conservée, la conscience presque normale : la malade s'oriente facilement dans le temps et dans l'espace.

Les différentes mémoires de fixation, de conservation et de reproduction fonctionnent d'une façon régulière : la mémoire d'évocation seule est un peu altérée.

Les souvenirs anciens et récents n'ont subi aucune atteinte appréciable, si ce n'est que les premiers sont évoqués parfois avec une certaine lenteur.

Pas de troubles de l'association des idées, de l'attention, de l'imagination. Le jugement est correct, le sens critique normalement développé.

L'étude du raisonnement et de la compréhension nous montre que le fonctionnement de ces deux opérations mentales ne va pas sans une certaine gêne : Geneviève est, en effet, incapable d'effectuer de tête des calculs un peu compliqués, voire même des additions ou des soustractions fort simples. Mais, si la compréhension est lente et l'intelligence quelque peu obtuse, on ne peut dire que les facultés syllogistiques soient vraiment troublées, puisque le raisonnement déductif reste normal.

Les sentiments affectifs paraissent légèrement diminués : c'est ainsi que la malade ne parle jamais de ses enfants, à qui elle semble ne porter aucun intérêt. Nous avons noté, en outre, quelques troubles de la volonté et du caractère : Geneviève pleure à

l'occasion d'un rien, d'une futilité, aussi facilement qu'elle se met en colère, mais ses réactions sont toujours de courte durée.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade, atteinte d'aphasie de Broca (aphasie corticale vraie), chez qui les troubles de la parole articulée sont en voie de disparition, la rééducation des mots se faisant d'une façon progressive. A un examen superficiel, on serait tenté de croire que le déficit intellectuel est assez considérable et que sa raison d'être se trouve dans la lésion même qui a provoqué l'aphasie. Or, nous allons voir que cette opinion est tout à fait erronée.

En effet, si nous constatons réellement une certaine obtusion intellectuelle dans le jugement et le raisonnement, des lacunes dans la mémoire, il ne faut pas oublier que les images verbales motrices sont insuffisamment évoquées et que les images visuelles ont presque totalement disparu. Demandons à Geneviève de nous indiquer, par exemple, l'adresse du domicile qu'elle occupait, en 1899, avant son entrée dans le service, elle hésitera, s'efforcera de rassembler ses souvenirs et sera, en fin de compte, incapable de répondre à la question posée. Mais, qu'au milieu d'une phrase, nous venions à prononcer le nom de la rue qu'elle cherche en vain, elle le reconnaîtra immédiatement. Ce n'est donc pas un trouble du souvenir, mais seulement l'impossibilité d'évoquer spontanément et rapidement l'image verbale motrice correspondante. D'où cette conclusion, que les troubles de la mémoire sont, chez la malade beaucoup plus apparents que réels.

Reste, maintenant, l'obtusion légère, indéniable chez Madame C... et qui frappe aussi bien le raisonnement que la compréhension. Or, nous savons déjà que cette femme est une dégénérée et que l'aphasie dont elle est atteinte a été, chez elle, l'occasion d'un délire assez actif, à base d'illusions et de fausses interprétations. Si nous ajoutons, que Geneviève est hystérique et vraisemblablement tabétique, nous ne serons pas étonnés de constater que ces différentes causes morbides, étrangères à l'aphasie et sans aucun rapport avec elle, aient pu produire chez notre malade un certain degré d'affaiblissement psychique.

EXAMEN DU 8 FÉVRIER 1910

Madame C... parle spontanément d'une façon correcte.

Pas d'amélioration notable en ce qui concerne l'alexie et l'agraphie.

L'état intellectuel n'a pas varié : il reste ce qu'il était en 1908.

OBSERVATION VII (résumée)

Aphasie motrice sans cécité ni surdité verbales appréciables, avec conservation, sinon complète, du moins très remarquable, de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité. (Laignel-Lavastine et Salomon. *Soc. Médic. Hôpit.* Séance du 14 décembre 1906).

Un homme de 26 ans G..., plâtrier, entre à l'hôpital Laënnec le 7 août 1906, avec le diagnostic de purpura hémorragique ; il en sort le 13 du même mois, lorsque survient le 20, sans cause appréciable, un ictus apoplectiforme. Amené trois jours après à l'hôpital, le malade présente les signes classiques d'une hémiplégie droite avec déviation conjuguée de la tête et des yeux.

A l'examen du sujet, pratiqué le 25, on note l'existence d'une aphasie motrice très marquée.

Le vocabulaire est réduit à « te, te, te ». En Septembre, amélioration ; le langage d'intonation est conservé ; c'est ainsi que le malade récite spontanément les dix premiers chiffres : un, teu, ta, tat, tint, tit, tet, tit, teu, tit. « Son intelligence est vive. Comme il ne peut nommer les objets qu'on lui présente, il en exprime l'usage par une mimique très rapide et très riche. On lui montre un verre, il a l'air de se donner beaucoup de peine pour trouver le nom de cet objet, mais il ne peut dire que « te, te, te ». Alors on prononce le mot « verre ». Il le reconnaît pour le nom de l'objet et veut le répéter : « r, r ». Il n'est donc pas simplement anarthrique, puisque, après lui avoir nommé un objet, il est capable de l'exprimer par un son qui se rapproche plus du mot qu'il cherche, que le son qu'il avait exprimé spontanément. »

Le 15 Octobre, le malade marche seul : il présente l'aspect de l'hémiplégique spasmodique droit ; on constate des signes de contracture dans les membres supérieur et inférieur de ce côté, paralysés.

La parole spontanée est toujours très réduite et vicieuse ; l'épreuve de Lichtheim-Déjerine est négative.

L'agraphie est assez considérable, le malade ne pouvant presque jamais écrire le nom des objets qu'on lui montre et qu'il est incapable de dire : la copie est correcte.

« Il *comprend tout ce qu'on lui dit* ; il suit très bien une conversation ; il rit volontiers, comprend les plaisanteries, s'intéresse à la vie de la salle et, quand un malade a besoin de la surveillante, il fait des signes pour la prévenir. »

« Il *comprend les ordres qu'on lui donne par écrit* et les

exécute. Il a lu quelques journaux et un roman et a paru s'y intéresser. »

Le 20 Octobre, le malade repris d'hémorragies abondantes, tombe dans le coma et meurt le 28 Octobre.

OBSERVATION VIII

Aphasie de Broca. Conservation de l'intelligence. (Déjerine. *Presse Médicale.* 18 juillet 1906). (Cas de Ladame résumé).

« Femme atteinte d'aphasie motrice avec parésie droite légère, à l'âge de quarante-cinq ans. Aphasie presque totale pendant deux ans, la malade gardant à sa dispositions trois ou quatre mots, puis elle devint totale et pendant dix ans, jusqu'à sa mort, la malade resta complètement muette, mais non aphone. La parésie du bras droit disparut rapidement. Il n'y eut *jamais aucun symptôme* de cécité ou de surdité verbales. L'écriture était conservée et l'*intelligence* remarquablement intacte. A aucun moment, on ne constata chez elle de paralysie des organes de la parole. Morte à cinquante-sept ans. Autopsie : foyer hémorrhagique ancien, situé dans la moitié postérieure de la circonvolution de Broca et le tiers inférieur — opercule — de la frontale ascendante ; pas d'autres lésions de l'écorce ; ce foyer pénètre dans la profondeur et s'étend dans la substance blanche de la troisième frontale et de la pariétale ascendante ; intégrité complète des noyaux lenticulaire et caudé ainsi que des capsules externe et interne.

OBSERVATION IX

Aphasie de Broca. Conservation de l'intelligence. (Déjerine. *Presse Médicale.* 18 juillet 1906. Cas Jacq... Obs. I de la thèse de F. Bernheim). (Résumée).

« Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, que j'ai eue pendant deux ans dans mon service, à la Salpêtrière et que j'ai présentée souvent aux élèves dans mes leçons sur l'aphasie. Frappée à l'âge de quarante-deux ans d'hémiplégie droite et d'aphasie motrice, cette femme ne pouvait dire que les mots « doui » et « don » pour « oui » et « non » et, spontanément, dans la parole répétée ou dans le chant, ne pouvait en prononcer aucun autre. *Pas trace de surdité, ni de cécité verbales.* Conservation

de l'écriture — main gauche. — *Intelligence complètement intacte.* Pas trace de paralysie quelconque des organes de la parole. Morte en 1897, à l'âge de quarante-sept ans. Autopsie : lésion partielle de l'extrémité inférieure de la 1re frontale, de la base de la 2e et du pied de la 3e, des sillons marginaux antérieur et postérieur de l'insula, de l'opercule frontal, de la partie antérieure de l'opercule rolandique et du tiers inférieur de la frontale ascendante ; intégrité du reste de la corticalité ; lésion sous-corticale très étendue, avec intégrité complète des noyaux lenticulaire et caudé, de la couche optique, ainsi que de la capsule interne.

Voici donc deux faits suivis d'autopsie avec examen histologique en coupes sériées et dans lesquels une aphasie de Broca typique, à symptomatologie excessivement accusée — l'une des malades même étant muette, mais non aphone — a persisté pendant des années avec une conservation complète de l'intelligence. »

OBSERVATION X (résumée)

Aphasie motrice. Surdité verbale. Alexie. Conservation de l'intelligence. (Souques. *Société Médicale des Hôpitaux.* Séance du 19 octobre 1906).

Marie Th..., femme de chambre, âgée de 37 ans, fait un ictus comateux, en Février 1904, au cours d'une affection grippale. Lorsque la malade revient à elle, elle est hémiplégique droite et aphasique totale. Elle entre à l'hospice des Incurables (Ivry) le 30 Mars 1905 ; le premier examen de cette femme remonte au 9 Avril ; en voici le résultat :

L'hémiplégie droite est nette et la face participe à la paralysie. On constate de ce côté des symptômes de contracture ; le phénomène des orteils (signe de Babinski) se fait en extension ; absence de clonus du pied. Pas de troubles notables de la sensibilité générale, ni spéciale.

L'aphasie, chez Marie Th..., porte sur tous les modes du langage conventionnel, particulièrement sur la parole. La malade n'a à sa disposition qu'un nombre très restreint de mots. L'agraphie est aussi marquée que l'aphémie ; toutefois, elle copie l'imprimé d'une façon convenable, et le transpose facilement en écriture cursive. Elle écrit correctement en chiffres son âge, ainsi que tous les chiffres de 1 à 10. Elle effectue, sans se tromper, des calculs tout à fait simples.

La surdité verbale est très accusée, quoique cette femme comprenne quelques mots usuels et cherche à saisir le sens de la phrase où ils se trouvent ; elle y arrive parfois, mais rarement. L'alexie est également très marquée : Marie n'exécute pas les ordres simples donnés par écrit : or, avant son ictus, elle lisait couramment le journal. « Les troubles intellectuels sont très peu accusés et difficiles à constater. La malade se conduit comme une personne tout à fait sensée et raisonnable. La mimique est très expressive ; quand elle désire quelque chose, elle dit avec des intonations variées : « tititi....., tititi..... » et fait comprendre par gestes ce qu'elle veut. Elle était femme de chambre et travaillait à la couture ; elle était droitière. Elle a appris depuis son attaque à coudre de la main gauche, et elle coud aujourd'hui avec une habileté extraordinaire. Elle fait des reprises, parait-il, très difficiles, qui font l'admiration des infirmières et des malades. Elle en fait une devant nous : après avoir mouillé le bout de son fil qui était trop large et enfilé son aiguille, elle épingle son morceau d'étoffe sur ses genoux, le maintient de la main droite, tend adroitement l'étoffe et fait sa reprise avec des points très nets, très droits, régulièrement exacts, le tout avec ordre et méthode..... Elle imite très bien les ordres mimés, même quand ils sont très compliqués et elle les imite sans hésiter et intégralement. »

L'état mental de la malade ne varie pas, depuis son entrée à l'hospice, jusqu'au 12 Juillet 1906. Elle est prise, à cette époque, d'accidents pleuro-pulmonaires aigus, au milieu desquels elle succombe le 30 Juillet.

A propos de la communication précédente, M. Souques fait remarquer que cette femme n'a jamais présenté que des troubles peu accusés de l'intelligence. Sur ce point, il se sépare donc un peu de M. Pierre Marie, qui explique la psycho-physiologie de l'aphasie par une diminution de la capacité intellectuelle en général.

OBSERVATION XI (résumée)

Hémiplégie droite avec aphasie motrice, d'origine typhique, datant de 30 ans, accompagnée d'alexie et de dissociation syringomyélique de la sensibilité. Apparence démentielle. Conservation de l'intelligence. (Klippel et François-Dainville. Communication à la *Société de Neurologie de Paris*. 4 juin 1908).

Les auteurs présentent la malade V..., âgée de 50 ans, atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie motrice, d'origine typhique,

accompagnée d'alexie et de dissociations syringomyélique de la sensibilité, dont les premiers accidents remontent à 30 années (la malade avait 20 ans à cette époque).

On constate, chez elle, des phénomènes de contracture à droite, ainsi qu'une amyotrophie assez marquée.

La sensibilité au contact est partout conservée ; la sensibilité à la douleur est fort obtuse et retardée du côté droit, où V... localise d'une manière très imparfaite les piqûres qu'on lui fait subir. Les sensations thermiques ne sont plus perçues à droite, la malade faisant de continuelles erreurs sur le chaud et le froid.

L'étude de troubles aphasiques chez V..., permet de constater ce qui suit : la parole spontanée est atteinte, la parole répétée difficile. L'écriture spontanée est presque nulle ; il en est de même pour l'écriture sous dictée. L'écriture d'après copie est possible, mais s'exécute d'une façon tout à fait servile.

La lecture est atteinte profondément : alexie complète ; la lecture à haute voix est abolie. « La lecture mentale a subi la même altération profonde ; la moindre opération arithmétique ne peut être exécutée ; par contre, la malade reconnaît et donne immédiatement la valeur de différentes pièces de monnaie et en fait correctement le total. »

L'audition est conservée sous tous ses modes.

Les auteurs insistent sur ce fait, qu'un examen superficiel peut faire confondre cette malade avec une imbécile ou une démente; cependant il n'en est rien : « C'est ainsi que, si on lui propose une addition écrite de quelques chiffres, 20, 5, 2, elle est incapable d'en trouver le total ; mais si, au lieu de chiffres, on présente à V... des pièces de monnaie, représentant chacune, l'un des chiffres de l'addition précédente (une pièce de 20 sous, une pièce de 5 sous, une pièce de 2 sous), la malade énonce de suite, sans efforts et correctement, la somme dont il s'agit. La difficulté mathématique étant la même dans les deux cas, le déficit n'est point intellectuel. »

Les auteurs ajoutent que les troubles aphasiques datent de 30 ans et que, s'ils persistent encore à l'heure actuelle, c'est à cause du manque d'exercice et surtout de rééducation possible pendant cette longue période, V... ayant cessé de se livrer à la lecture, au calcul sur les chiffres et à l'écriture.

OBSERVATION XII (résumée)

Aphasie de Broca. Coexistence d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Conservation de l'intelligence.

A la séance du 2 Juillet 1908 de la Société de Neurologie, MM. Déjerine et Tinel présentent une malade âgée de 49 ans, atteinte d'aphasie motrice avec coexistence d'épilepsie bravais-jaksonnienne. Les accidents ont débuté brusquement le 11 Avril 1908 par des mouvements convulsifs, localisés au membre supérieur droit et à la face du même côté, ainsi que par une aphasie motrice presque totale. Pendant les 2 premiers jours, la malade était dans l'impossibilité de parler ; elle comprenait à peu près ce qu'on lui disait, mais ne « prononçait que — oui — et — non — sans aucun à-propos du reste ».

Ces troubles du langage, ainsi que les crises convulsives, ne persistèrent d'ailleurs que pendant 4 jours ; après quoi, la parole se fit à peu près normale. Sauf quelques petites crises jacksonniennes essentiellement transitoires, tout avait disparu au bout de 3 semaines et cet état se maintint, sans changement appréciable, durant 2 autres semaines environ. Toutefois, vers le 15 Mai, les troubles de la parole firent leur réapparition et de nouvelles crises cloniques survinrent au niveau de la face, s'accompagnant de tremblement de la main droite. La malade fut admise à la Salpêtrière le 29 Mai 1908.

A l'heure actuelle (2 Juillet), l'aphasie chez Madame L... est en voie d'amélioration ; les troubles moteurs du langage sont toujours très marqués, mais une rééducation constante les atténue d'une façon progressive. Il n'existe pas trace de surdité verbale. Au moment de son entrée à l'hôpital, l'alexie était à peu près complète: au bout de 3 semaines elle s'est très améliorée; maintenant, la malade reconnaît presque tous les mots d'une phrase, mais sans en comprendre le sens général : aussi « l'alexie est due bien plus à un trouble d'association, qu'à la cécité verbale proprement dite ». L'écriture est à peu près nulle, la malade arrivant encore à écrire son nom en cursive. L'intelligence est remarquablement intacte sous tous ses modes et les nombreuses épreuves auxquelles la malade a été soumise, n'ont pas permis de constater chez elle, l'existence du *moindre déficit intellectuel.* Il faut ajouter que les crises convulsives ont complètement disparu, depuis l'admission de Madame L... à la Salpêtrière.

En résumé, il s'agit ici d'une lésion corticale, occupant la région de Broca et la zone rolandique, lésion du cortex due vraisemblablement à une méningite scléro-gommeuse syphilitique.

OBSERVATION XIII (résumée)

Aphasie motrice. Conservation de l'intelligence. (Observation VIII. Thèse Fernand Bernheim, page 244).

C..., ouvrière en dentelles, âgée de 81 ans, entre le 26 Mai 1897 à la salle Pinel, dans le service de M. Déjerine. « Hémiplégie « droite et aphasie motrice en 1893. Parole spontanée : la mala- « de ne peut prononcer que « dire, dire » ; parole répétée ré- « duite à la voyelle A ; le chant est nul, mais la reconnaissance « des airs existe. Lecture à haute voix impossible ; cécité ver- « bale plus apparente que réelle, pas de cécité littérale ; com- « préhension de la lecture des chiffres ; peu de troubles latents « de la lecture mentale. Pas de surdité verbale ; évocation spon- « tanée des images auditives verbales impossible. Ni aphasie « optique, ni cécité psychique. Epreuve de Lichtheim-Déjerine « négative. Ecriture spontanée et sous dictée altérée ; copie « presque sans faute en transcrivant l'imprimé en manuscrit, « écriture des chiffres et nombres meilleure que celle des lettres « et mots.

« *Etat intellectuel.* L'intelligence est très belle pour une fem- « me de 84 ans ; la mémoire est naturellement très diminuée. « L'attention se fatigue, mais au bout d'une heure et demie « d'examen ; aussi faut-il l'examiner à plusieurs reprises, si on « veut éliminer les causes d'erreur tenant à la fatigue cérébrale. « L'émotivité existe sans exagération. La mimique est très ex- « pressive : les traits de la face sont très mobiles et reflètent « parfaitement l'état de conscience de la malade.

« Quelques jours après cet examen, celle-ci envoyait à sa « petite-fille, soignée dans une autre salle du service pour des « manifestations hystériques, la lettre suivante que je trans- « cris : « Chere Hélène t'ame et tembresse tendrement — de « fere venr fer conte — prere — dieu se grace le donnere — « sante calme volonté — du courage. » Elle lui demande de « venir la voir et de prier Dieu de lui donner la santé. »

Cette femme, ajoute l'auteur, frappée à 77 ans d'aphasie et ayant conservé toute son intelligence, était intéressante à étudier. Elle avait une mimique particulièrement expressive, qui permettait d'avoir avec elle de longs entretiens, où pas un mot ne lui échappait, et où sa physionomie et ses gestes de la main gauche donnaient des réponses multiples et variées.

OBSERVATION XIV

Aphasie motrice. Intégrité du langage intérieur et du langage mimique. Pas d'altération appréciable des facultés intellectuelles. (Proust. Observation I. Thèse Sazie : *Les troubles intellectuels dans l'aphasie*, 1879).

« Clara X..., couchée dans la salle Saint-Vincent, n° 19, a été « subitement privée de la parole ; elle a présenté, en outre, une « hémiplégie très incomplète du côté droit, qui a disparu au « bout de quelques jours ; en même temps, elle recouvrait en « partie l'usage de la parole.

« Elle reconnaît les choses extérieures, elle se sert des objets « qui lui sont utiles ; elle les cherche et les distingue au milieu « d'autres objets. Rien ne l'embarrasse à cet égard. Elle connaît « le nom des objets. Où est votre bol ? Elle le cherche, le saisit « et le présente.

« La perception des divers signes du langage est assez nette ; « mais quelquefois, il lui faut, pour répondre, un instant de ré- « flexion. On lui montre un E, elle ne peut le prononcer, mais « elle répond cinq, ce qui signifie la cinquième lettre ; et quand « elle ne peut dire le rang de la lettre dans l'alphabet, elle le « montre avec ses doigts, en levant un, deux, trois, quatre, etc... « doigts.

« Elle saisit la valeur des mots, les comprend tous individuel- « lement ; lorsqu'elle lit mentalement, elle ne perd rien.

« Elle distingue donc les lettres et les mots, et en connaît la « signification. Nous écrivons le mot *nez*. Savez-vous ce que « cela veut dire ? Signe affirmatif. Montrez-le ? Elle porte la « main à son nez.

« Nous plaçons devant ses yeux un objet, une montre, par « exemple. Savez-vous ce que c'est ? Signe affirmatif. Connais- « sez-vous le nom de cet objet ? Signe affirmatif. Eh bien, « combien y a-t-il de lettres dans ce nom ? Après quelques ins- « tants, elle ouvre succesivement les doigts de la main gauche, « puis un de la main droite. Il y a six lettres. Je place le doigt « sur les dents. Combien de lettres ? Elle montre cinq doigts. « Vous vous trompez, il n'y en a que quatre. Elle compte de « nouveau et montre sa main entièrement ouverte, et en effet « au pluriel..... Mais au singulier, lui dis-je ? Elle recommence « et montre quatre.

« Elle a donc conservé, dans sa mémoire, le nom des choses ; « elle possède le mot.

« Je lui présente ma montre. Savez-vous le nom de cet objet ? « Oui, mais elle ne peut le dire. Combien de lettres dans le

« mot ? Elle montre six doigts. Et au pluriel ? Sept. Je lui de-
« mande alors de l'écrire. Elle écrit « *monche* » ; elle fait
« alors un trait « *mon-che* », en indiquant que *mon* est bien
« et *che* mal. Elle a donc l'appréciation des erreurs qu'elle
« commet, mais elle ne peut les rectifier. La lecture à haute voix
« est un langage impossible, un mélange de sons articulés,
« mais incohérents et sans signification. Elle rit elle-même de
« la façon dont elle lit, mais dans le cours de cette lecture sin-
« gulière, lorsqu'elle dit bien un mot, elle sait fort bien le souli-
« gner et montrer qu'elle a bien lu.

« Elle peut suivre une conversation, saisit la valeur de tous
« les mots.

« La volonté a toute sa vigueur ; elle a parfaitement nette la
« perception de ses besoins et de ses sentiments moraux.

« Si on veut lui faire dire spontanément le nom d'un objet
« qu'elle reconnaît, elle en est incapable; de même si l'on veut le
« lui faire écrire. Mais si on lui demande le nombre des lettres
« que renferme ce mot, elle le peut dire, et si on lui montre ce
« mot écrit, elle le reconnaît toujours.

« Elle ne peut construire une phrase, une proposition, asso-
« cier des propositions entre elles. Elle écrit avec incohérence ;
« en voici un exemple : « *Je suis tère de rampère campère,*
« *aitzanne, anese dans reste donc très et sant et dont mans saa*
« *pampère et dans sanpair ont, d'atmumje et sansces ; dans*
« *d'austres d'onstres, etc...* » Telle est l'œuvre dont elle-même
« reconnaît l'incohérence. Mais elle lit mentalement, copie très
« bien.

« Le jeu de sa physionomie, les gestes sont en parfaite har-
« monie avec les circonstances ; il y a donc intégrité du langa-
« ge naturel et du langage mimique. »

OBSERVATION XV (résumée)

Aphasie motrice. Cécité verbale avec agraphie. Conservation de l'intelligence. (Observation LIX. *De l'aphasie sensorielle.* Thèse Mirallié, 1896).

Malade âgé de 71 ans. Cécité verbale et littérale totale : ne reconnaît que son nom.

Parole spontanée : aphasie motrice. Troubles de la parole répétée.

Léger degré de surdité verbale variable.

Ecriture spontanée : le malade ne peut écrire que son nom.

Ecriture sous dictée : impossible.

Copie comme un dessin (l'imprimé en imprimé), très lente et très pénible.

Le début des troubles du langage remonte au 31 Décembre 1889.

Janvier 1892. — Le malade parait intelligent. Il est très vif pour son âge et sa mimique est des plus expressives. Sans être très cultivé, il possédait une instruction moyenne. Il écrivait très correctement, ainsi que le prouvent les lettres adressées à ses enfants à Carentan. Il lisait chaque jour son journal, et avait une connaissance parfaite de la langue allemande : parlait, écrivait et lisait très bien l'allemand ; né à Strasbourg, il avait quitté cette ville à 20 ans et parlait aussi bien le français que l'allemand.

Août 1894. — L'intelligence est un peu affaiblie ; la compréhension de la parole parlée est lente et difficile, surtout certains jours. Il n'est ni dément, ni gâteux. Il s'émeut très facilement, quand on lui parle de son état. Il reconnaît très bien les pièces de monnaie par la vue seule, et en apprécie la valeur.

Il s'intéresse aux personnes qui l'entourent, se promène dans Paris et revient à Bicêtre, sans s'égarer jamais.

OBSERVATION XV *bis* (résumée)

Aphasie totale avec pachyméningite hémorragique du côté gauche et atrophie de l'hémisphère gauche. (A. Vigouroux. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale,* nº 2, février 1909).

Il s'agit d'un homme de 61 ans, atteint de surdi-cécité verbale, d'aphasie motrice, de dysarthrie et d'agraphie.

La physionomie était animée et expressive, la mimique intelligente et vive.

OBSERVATION XVI (résumée)

Aphasie motrice. Conservation de l'intelligence. (Observation XIX. Thèse Fernand Bernheim, page 307).

Pf... Georges, ébéniste, âgé de 50 ans, est frappé le 15 Juillet 1897, d'hémiplégie droite et d'aphasie incomplète, sans perte de connaissance concomitante.

Examen en 1899. — On constate une amélioration considéra-

ble de l'aphasie motrice, avec persistance de l'hémiplégie. Le chant est conservé, mais le malade a des intonations de voix assez fortes, dont il n'est pas maître. L'écriture spontanée et sous dictée n'existe que pour les mots usuels et familiers ; la copie est très bonne.

« L'intelligence n'est pas le moins du monde touchée ; la mémoire des faits récents est mauvaise, celle des faits anciens est bonne. L'attention ne se fatigue pas facilement. La mimique est bonne. Le malade n'a ni impatiences, ni colères. Etat d'émotivité assez marqué. On constate aussi un rire spasmodique assez fréquemment répété. »

OBSERVATION XVI *bis*

Aphasie complète. Conservation de la notation musicale.
(Lasègue. *Société Médico-Psychologique*. Séance du 26 février 1877).

« Je citerai l'histoire d'un musicien de régiment, aphasique « complet, ne sachant dire que oui et non ; au bout de six « mois, il ne put prononcer que quelques jurons. Je lui fis alors « apporter de la musique et son instrument, un cornet à piston ; « il en joua très correctement. De toutes les formes du langage, « il n'était resté à ce malade que la notation musicale. »

Nous avons recueilli et groupé les observations de trois hommes illustres — celles du médecin Lordat, du poète Baudelaire et du dessinateur Daniel Vierge —, qui, frappés d'aphasie à des âges différents, n'en continuèrent pas moins, après cette douloureuse atteinte, à exercer leur génial talent dans les Sciences, les Lettres et les Arts.

OBSERVATION XVII

Les troubles aphasiques chez Lordat.

Lordat, frappé d'aphasie en 1828, à l'âge de 56 ans, a raconté lui-même son observation :

« Je m'aperçus qu'en voulant parler, dit-il, je ne trouvais pas les expressions dont j'avais besoin ; j'étais dans ces réflexions, lorsqu'on m'annonça une visite. J'ouvris la bouche, la pensée était prête, mais les sons qui devaient la confier à l'intermédiaire, n'étaient point à ma disposition. Je me tourne

avec consternation et je me dis en moi-même : il est donc vrai que je ne puis plus parler et malgré cela, ajoute-t-il, j'étais le même intérieurement. Quand j'étais seul, je m'entretenais tacitement de mes occupations, de la vie et de mes études chéries. Je n'éprouvais aucune gêne dans l'exercice de la pensée. »

A partir du jour où il fut frappé de ramollissement cérébral, l'illustre professeur à la Faculté de Montpellier ne put désormais improviser ses leçons, comme il le faisait jadis avec un talent si merveilleux. Il dut se contenter de lire ce qu'il disait, ce qui ne l'empêcha pas, d'ailleurs, de continuer à professer avec éclat pendant de longues années et d'occuper encore sa chaire à l'âge de 87 ans !

« Ce que nous nous rappelons, non sans plaisir, dit Guardia (1), c'est ce vieillard debout devant sa chaire curule enchâssée dans la chaire du grand amphithéâtre, lisant un manuscrit qu'il tenait de la main gauche, et s'interrompant de temps en temps, en attendant qu'un auditeur eût prononcé l'adjectif qu'il ne pouvait pas prononcer, quoiqu'il l'eût sous les yeux. »

OBSERVATION XVIII

Les troubles aphasiques chez Baudelaire.

Au commencement de Mars 1866, le poète des « Fleurs du mal », avait été invité par l'un de ses amis, à venir passer quelques jours chez lui à Namur. Baudelaire accepta avec joie l'invitation. Il connaissait déjà Namur, mais il était heureux, de l'occasion de revoir l'église Saint-Loup, qu'il considérait comme « le chef-d'œuvre des chefs-d'œuvre des Jésuites ». Comme il admirait et faisait admirer à ceux qui l'accompagnaient les confessionnaux sculptés avec la plus riche profusion, il chancela, pris d'un étourdissement subit, et alla s'abattre sur une marche. Ses amis le relevèrent ; il ne parut pas s'effrayer et prétendit que le pied lui avait glissé. On feignit de le croire ; mais le lendemain matin, en se levant, il donna des signes de troubles cérébraux. Quelques jours plus tard, les symptômes d'un ramollissement cérébral, avec perte presque totale de la parole, ne tardèrent pas à se manifester. Le poète était d'ailleurs souffrant depuis plusieurs années et dès le commencement de 1862, il consignait dans son Journal intime, « Mon cœur mis à nu », ces lignes douloureuses : « Mainte-

(1) Guardia. *Gaz. méd. de Paris,* 1870, p. 356.

nant, j'ai toujours le vertige, et aujourd'hui, 23 Janvier 1862, j'ai subi un singulier avertissement, j'ai senti passer sur moi le vent de l'aile de l'imbécillité. »

Baudelaire mourut le samedi 31 Août 1867 ; depuis l'époque où son mal l'avait terrassé, à Namur, il était resté aphasique et paralysé du côté droit. Son vocabulaire s'était restreint à quelques mots : « non, cré non, non » qu'il employait en toute occasion et le plus souvent, il ne pouvait exprimer sa pensée que par un juron, toujours le même.

Malgré la lésion du cerveau, l'intelligence était restée jusqu'au bout à peu près intacte. Le 21 Janvier 1867, M. Troubat écrivait à Poulet-Mallassis : « J'ai vu Baudelaire, une fois, une seule, « Champfleury va le voir de temps en temps..... La mémoire n'a « pas faibli en lui. Il m'a montré tout ce qu'il aimait : les « poésies de Sainte-Beuve ; les œuvres d'Egard Poë en anglais ; « un petit livre sur Goya ; et, dans le jardin de la maison de « santé Duval, une plante grasse exotique, dont il m'a fait ad- « mirer les découpures ! Voilà l'ombre du Baudelaire d'autre- « fois, mais elle est *toujours ressemblante*. Il a manifesté la « plus grande colère à un nom de peintre que je lui ai nommé « (toujours comme autrefois) ; mais quand je lui ai parlé de « Richard Wagner et de Musset, il a souri d'allégresse. »

« Etrange ironie de la destinée ! écrit Cabanès (1). Cet hom- « me, qui avait peut-être, avec Théophile Gautier et Paul de « St-Victor, le plus riche vocabulaire de la littérature contem- « poraine, fut condamné par la Providence à un mal qui consis- « te à perdre la mémoire des mots.

« Cet homme, atteint et convaincu, de son propre aveu, de « lexicomanie, a passé les deux dernières années de son exis- « tence à ne plus savoir dire autre chose que « cré non ».

« Bien que muet et figé dans une immobilité navrante, il par- « venait encore à se faire comprendre.

« Ses yeux n'ont jamais cessé de reconnaître les yeux ai- « més ; sa main s'est toujours tendue la première vers les « mains fidèles. Au plus fort de la maladie, il s'entretenait, par « l'intermédiaire d'un ami, avec son éditeur.

« Il a subi toutes les douleurs et toutes les agonies, et il les a « subies noblement, dignement, en philosophe résigné et fort.

« Il a été abattu, brisé, mais insensé au sens propre du mot, « jamais.

« Il est donc injuste de prétendre, ainsi que l'a fait Lom- « broso, dont nous ne partageons pas, tant s'en faut, toutes les

(1) Cabanès. *Chronique Médicale*, 15 novembre 1902. (Le sadisme chez Baudelaire).

« idées, de prétendre que Baudelaire ait fini dans « l'idiotie « paralytique ». On a déjà assez accablé ce réprouvé, sans « ajouter l'injure à l'injustice. Le génie a payé sa rançon, n'in- « sultons pas à sa cendre ! »

OBSERVATION XIX

Aphasie motrice, avec hémiplégie du côté droit, chez le dessinateur Daniel Vierge. (H. Dufour. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris.* (Séance du 19 octobre 1906).

Daniel Vierge est un artiste de génie, qui, à trente ans, dans la plénitude de son talent, est frappé d'aphasie motrice avec hémiplégie droite. La perte du langage articulé s'accompagne de cécité verbale et d'agraphie. Toutefois, il n'a pas de surdité verbale, car il comprend toute espèce de conversation et s'y intéresse au plus haut point. Atteint dans ses facultés créatrices, incapable de matérialiser sa pensée, incapable de fixer sur le papier ses conceptions géniales (il est dessinateur), il déploie une énergie farouche « pour éduquer sa main gauche, et retrouver la possibilité de satisfaire sa passion d'art et de faire revivre par son travail sa femme et ses enfants. » Aussi, après l'atteinte douloureuse qu'il a subie, reste-t-il un grand artiste, tout comme autrefois et les chefs-d'œuvre qu'il produit, viennent encore attester que son esprit n'est pas mort, mais que son intelligence est aussi vive que par le passé ! Mais bientôt la tombe s'ouvre devant lui ; voici quelques extraits des articles parus sur cet homme, à l'occasion de sa mort :

« Parler en détail de l'œuvre de Vierge dépasserait le cadre de cet article. Au reste tous ceux qui lisent, et surtout ceux qui voient, connaissent cette œuvre immortelle... En pleine floraison de son génie, à l'âge de trente ans, le maître est frappé de paralysie ; la moitié droite de son corps n'obéit plus aux ordres de son cerveau... S'il ne peut plus marcher qu'en sautillant sur la jambe gauche, si le bras droit est complètement mort... si la langue ne produit plus que des sons informes, le cerveau, lui, a gardé la meilleure part de son activité, la plus belle. Le cerveau, par un étrange caprice que les savants ne pourront jamais expliquer, a perdu la mémoire des caractères alphabétiques et Vierge pendant plus de vingt ans, se verra incapable de lire ou d'écrire. Mais il a gardé d'autres mémoires : Il se souvient des chiffres ; Vierge, jusqu'à sa mort, saura additionner ses dépenses quotidiennes, mais il se souvient surtout du métier

et de tout ce qui s'y rattache. Maintenant, nous comprendrons mieux le supplice de ce grand artiste, qui voit s'agiter dans son cerveau de superbes visions d'art, de couleur et de lignes, et qui constate que sa main, morte à jamais, lui en interdit pour toujours la représentation. Que fait-il ? il entreprend d'apprendre à sa main gauche ce que sa droite ne peut exécuter. Ce maître, déjà illustre, se remet à l'école ! D'une main d'abord maladroite, il trace des lignes, des profils, des figures. Et cet effort colossal, qui dure plus de deux ans, se voit couronné de succès ; après avoir lu dans les journaux de France et de l'étranger sa nécrologie artistique, Daniel Vierge apparaît ressuscité ! Et des chefs-d'œuvre — son Don Quichotte, entre autres — viennent prouver successivement que l'Art n'a rien perdu à sa métamorphose. »

(Victor Forbin. *La Presse*. 13 Mai 1906, « Ceux qui ne meurent pas »).

« Hémiplégique, il eut la force, ne pouvant plus dessiner de la main droite, d'apprendre le dessin de la main gauche. Et la main gauche, avec les années, dessina, grava des chefs-d'œuvre dignes de la main droite. Vierge signait aussi des aquarelles dignes de Regnault. »

(Jules Claretie. *Le Temps*. 13 Mai 1904).

« Le cerveau restait clair, amoureux et désireux de la vie, malgré que la parole fût partie avec cette autre parole qu'il maniait de façon si prompte, si originale, et qui était son dessin. Je l'ai connu, pendant la seconde période de sa vie, dans son logis de Boulogne. Son beau visage était animé par l'intelligence prisonnière, et s'il pouvait à peine parler, il disait tout ce qu'il avait à dire par ses traits mobiles, par ses yeux noirs, par son rire de tous les instants. On peut dire que ce pauvre malade, foudroyé par la vie, fut, jusqu'au dernier moment, un grand esprit et un grand visionnaire. »

(Gustave Geffroy. *L'Humanité*. 13 Mai 1904).

CHAPITRE II

Evolution de l'Aphasie

Guérison. — Démence

La disparition des mots se fait, dans l'aphasie, conformément à la *loi générale de régression* établie par Ribot en 1881 :

« *Dans le cas de dissolution générale de la mémoire, la* « *perte des souvenirs suit une marche invariable : les faits* « *récents, les idées en général, les sentiments, les actes.* « *Dans le cas de dissolution partielle le mieux connu (l'ou-* « *bli des signes) la perte des souvenirs suit une marche* « *invariable : les noms propres, les noms communs, les* « *adjectifs et les verbes, les interjections, les gestes.* »

L'aphasique perd d'abord les substantifs, c'est-à-dire les mots à signification particulièrement précise, dont l'acquisition est récente. Ces termes, à désignation concrète, sont les derniers à réapparaître, lorsque s'effectue le retour à l'état normal ; les adjectifs et les verbes, qui correspondent à des notions plus anciennement acquises, sont, au contraire, les seuls signes, que, dans la majorité des cas, le malade conserve.

Il n'est pas douteux que beaucoup d'aphasiques guérissent et guérissent parfois à une époque très éloignée du début de leur affection. L'aphasie motrice, que nous aurons

surtout en vue dans cette étude, est de tous les troubles du langage, le plus facilement et le plus rapidement curable par les méthodes ordinaires de rééducation, mais aussi celui dont le pronostic est le plus incertain. La guérison de l'aphémie n'est, en effet, soumise à aucune règle ; elle est subordonnée à un ensemble de causes, susceptibles d'amener une perturbation grave dans l'état mental du sujet. De ces causes, que nous avons énumérées au chapitre précédent, nous en retiendrons deux, à notre avis primordiales : l'étendue des lésions et l'âge du malade.

Vigouroux et Joseph Charpentier (1) ont établi, que les altérations diffuses de l'écorce cérébrale autour du foyer primitivement circonscrit, étaient dues à une *poussée inflammatoire*, à une *méningo-encéphalée*, qui s'accompagne de fièvre, de délire, de coma. Cette poussée inflammatoire peut se produire au moment de la première atteinte, ou bien à l'occasion d'attaques nouvelles. Le sujet, porteur d'une lésion circonscrite, n'est qu'un *blessé du cerveau*, un « *cérébral* », selon l'expression de Lasègue, mais nullement un affaibli intellectuel. Seules, les altérations diffuses surajoutées peuvent expliquer l'apparition de la démence: c'est la vraie théorie. Quand le foyer est bien circonscrit, l'intelligence reste entière ; « mais si, autour du foyer, se « développe une infection cérébrale aiguë ou chronique, « si la lésion, se diffusant, tend à envahir toute la corticali- « té, l'intelligence s'éteint progressivement : la démence « sera provoquée par la « destruction des connexions en- « tre les différents territoires ou entre les différentes cellu- « les de l'écorce, par atrophie des prolongements qui les « mettent en communication les unes avec les autres » ; « de la sorte est produite l'*autonomie cellulaire*, substra- « tum anatomique de la démence (2). »

Les ictus successifs qui frappent l'aphasique, laissent après leur disparition un amoindrissement psychique, dont

(1) Joseph Charpentier. — *Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale.* Thèse de Paris, 1904.

(2) A. Vigouroux. — La démence liée aux lésions circonscrites du cerveau (Etude pathogénique et clinique). *Revue de Psychiatrie*, 1904. P. 265 — cite Klippel, *Histologie de la Paralysie générale.* Rapport au Congrès de Bruxelles, 1903.

l'intensité croît en proportion du nombre des attaques. Lorsque la maladie évolue vers la guérison, l'apparition d'une poussée congestive nouvelle retarde, pour un temps indéterminé, l'amélioration des symptômes. Nous trouvons dans la thèse de Bernheim deux exemples (Observations V et XXXVII) qui confirment pleinement notre manière de voir ; nous-même citons plus loin, à l'appui de notre opinion, l'observation de la malade Ch... Maria (Obs. XX).

Si la répétition des ictus entraîne le plus souvent un affaiblissement progressif des facultés mentales, il n'en est pas toujours ainsi, car certains sujets guérissent en dépit des attaques qui viennent assombrir le pronostic : *Observation XV* (Bernheim) = aphasie motrice ; 3 ictus : amélioration pratiquement voisine de la guérison au bout de 16 à 18 ans. *Observation XXI* (Bernheim) = aphasie motrice, surdité verbale, alexie ; 2 attaques à 6 mois d'intervalle : guérison.

L'âge du malade est un élément qu'il ne faut pas négliger, dans l'appréciation des fonctions intellectuelles d'un sujet atteint d'aphasie. C'est un fait connu de tous les cliniciens, que l'enfant et le vieillard réagissent différemment, en présence d'une altération de la zone du langage : tandis que la rééducation et l'entraînement se montrent, chez le premier, particulièrement efficaces, la guérison de l'aphasie motrice est, chez le second, d'une extrême rareté.

On voit, par ces quelques considérations, combien il est difficile de faire longtemps à l'avance des prédictions exactes sur les destinées d'un aphasique ; si certains malades guérissent en un temps assez court, d'autres, qu'un traitement pédagogique approprié améliore péniblement, mettent des mois et des années pour arriver à un résultat parfois peu satisfaisant.

L'absence de rééducation favorise, nous l'avons vu, les complications démentielles et nous donne la raison pour laquelle les vieillards ont plus de tendances à s'acheminer vers la déchéance mentale, que les enfants ou les adultes. Mais ce n'est pas tout ; de nombreux facteurs interviennent encore, qui, en dehors des conditions d'âge et d'étendue des lésions, sont la cause véritable d'un amoindrissement psychique souvent très prononcé. Parmi ces éléments

perturbateurs de l'intelligence, nous pouvons citer les crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne, fréquentes au cours de l'aphasie motrice (Observation XLV) et qui plongent le sujet dans un état de torpeur cérébrale d'autant plus accusé, que les attaques se multiplient davantage. Mentionnons aussi l'aphémie, la surdité, la cécité verbales des paralytiques généraux, des déments alcooliques, des déments séniles, chez qui le déficit intellectuel ne relève en aucune façon d'une lésion du centre de Broca ou de la zone de Wernicke, mais des altérations diffuses de la corticalité. Enfin, il n'est pas rare de voir un aliéné devenir aphasique, de même qu'un aphasique peut devenir aliéné : la vésanie engendre, dans ces conditions, des troubles psychiques qui ne sont pas imputables à la destruction des régions frontale ou pariéto-temporale, spécialisées pour le langage.

Nous résumerons brièvement notre opinion, en disant que le pronostic de l'aphasie doit, dans *tous les cas,* être réservé.

M. Pierre Marie pose en principe que *tout aphasique est un être à intelligence affaiblie* et que cet affaiblissement des facultés mentales n'a rien de commun avec un trouble démentiel : *l'aphasie,* dit-il, *n'est pas une démence.*

La doctrine de l'éminent neurologiste ne nous paraît pas acceptable, car elle renferme, à notre avis, une double erreur dans l'interprétation des faits :

1°) Si certains malades sont, sans contredit, des amoindris psychiques, beaucoup d'autres conservent l'*intégrité* des fonctions intellectuelles, nul ne peut le contester.

2°) M. Pierre Marie exclut la démence de l'aphasie : nous pensons, au contraire, qu'*il existe,* à côté de ces individus normaux ou frappés de déchéance mentale, *de véritables déments,* déments aphasiques de Bianchi, déments organiques par lésions circonscrites, dont Legrand du Saulle trace ainsi le portrait : « Les malades ont perdu la notion « des choses les plus simples de la vie, du jour de la se- « maine, du lieu où ils se trouvent. Ils méconnaissent les « personnes, souvent celles avec qui ils sont cependant le « plus familiers..... Le jugement de ces malades a perdu « toute rectitude. Il s'agit là de véritable folie ou plutôt « d'une vraie démence. »

A un degré de plus « nous avons affaire à la démence

« complète. La décrépitude est entière, la déchéance in-
« tellectuelle et physique absolue ; c'est la dégradation et
« l'abrutissement à son degré extrême..... Il ne reste plus
« guère d'humain à ces malheureux que les formes exté-
« rieures du corps ; le cœur bat encore sans doute, les
« poumons respirent toujours, mais toute activité céré-
« brale est éteinte. Approchez-vous de ces malades, ques-
« tionnez-les ; vous aurez de la peine le plus souvent, je
« ne dis pas à obtenir une réponse, mais même à fixer l'at-
« tention. Quelquefois vous serez accueilli par un sourire
« béat, un regard indécis, un inintelligible grogne-
« ment (1) ».

Arrivé à cette période ultime de son affection, le dément aphasique ressemble, à s'y méprendre, au dément paralytique ; bien peu de différences séparent ces deux malades.

Pour M. Pierre Marie, l'affaiblissement psychique est la cause de l'aphasie sensorielle : c'est dire, en somme, que la démence ou déficit intellectuel global s'accompagne toujours de troubles du langage. Ce n'est point là, certes, la pensée de M. Pierre Marie, car si sa thèse était exacte, elle tendrait à prouver, comme le fait remarquer avec juste raison M. le Professeur Déjerine, que l'aphasie de Wernicke doit se rencontrer « dans les différentes variétés de démen-
« ce, affection où, dès le début, la déchéance intellectuelle
« se présente à un degré que l'on ne rencontre jamais — et
« il s'en faut même de beaucoup — dans l'aphasie senso-
« rielle ou motrice ». Prenons un paralytique général, à une phase avancée de son affection. Ce malade, dont l'état démentiel est des plus accusés, « n'a pas trace de surdité
« ou de cécité verbales, d'aphasie ou d'agraphie, et, je le
« répète, il est incomparablement plus dément, que ne l'est
« jamais un aphasique. Par contre — et c'est là une éven-
« tualité assez rare — que, chez ce même sujet, il se fasse
« un foyer de ramollissement ou une poussée particulière-
« ment intense de méningo-encéphalite, dans la région mo-
« trice ou sensorielle du langage, ce dément deviendra,
« dans le premier cas, un aphasique moteur, dans le se-

(1) Joseph CHARPENTIER. — *Loco citato.* Page 9.

« cond cas, un aphasique sensoriel. Il existe même, ainsi « que l'ont montré Sérieux et Joffroy, une paralysie géné- « rale à forme d'aphasie sensorielle (1). »

(1) J. Déjerine. — L'aphasie sensorielle ; sa localisation et sa physiologie pathologique. *Presse Médicale*, n° 55, 11 Juillet 1906. P. 437.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XX (Personnelle)

Aphasie sensorielle. Ictus successifs ayant amené par leur répétition un affaiblissement intellectuel considérable. Mort. Autopsie (1).

Ch... Maria, 44 ans, entre dans le service du Docteur Toulouse, à l'Asile de Villejuif, le 14 Janvier 1908. Le certificat de quinzaine établi à cette occasion, est ainsi libellé : « Etat de confusion mentale. Troubles aphasiques. Parle, écrit et lit ; mais comprend difficilement ce qu'on lui dit. » D'ailleurs, antérieurement à son entrée à l'Asile, la malade avait été observée et le diagnostic d'affaiblissement des facultés mentales avait été porté : nous allons voir, dans quelques instants, que ce prétendu déficit intellectuel devait être mis sur le compte des troubles aphasiques, simulant un état presque démentiel.

Cette femme souffre d'une affection mitrale depuis 4 années environ. Il y a 2 ans, en Juin 1906, elle fait un ictus, suivi d'hémiplégie gauche qui s'atténue, d'ailleurs, assez rapidement. Depuis cette époque, la parole est très difficile et Maria ne comprend pas ce qu'on lui dit ; ajoutons qu'elle n'est pas sourde.

Il n'y a rien de bien intéressant dans les antécédents de Ch... : son père est mort à 70 ans, sa mère est décédée à un âge assez avancé. En ce qui la concerne, elle n'a jamais été malade. Elevée chez les Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul jusqu'à l'âge de 12 ans, elle ne paraît pas avoir retiré un grand bénéfice de cette éducation ; elle prétend toutefois avoir toujours travaillé, *parce qu'elle est très courageuse.*

Au moment de son entrée dans le service, Maria semble fort

(1) Nous remercions vivement notre collègue et ami, le Docteur Maurice Mignard, qui a bien voulu faire l'autopsie de cette malade et nous en communiquer le résultat.

déprimée. Ses lèvres sont violacées, sa physionomie est triste et elle déclare spontanément qu'elle veut se lever et ne pas rester couchée.

Ce qui frappe au premier abord, lorsqu'on l'interroge, c'est l'incohérence de ses réponses, qui n'ont aucun rapport avec la question posée. « Où êtes-vous ici, lui demande-t-on ? » « Je vais bien » répond-elle. Madame Ch... ne comprend pas ce qu'on lui dit, elle n'exécute pas les ordres qui lui sont donnés de vive voix ; quand on lui parle, elle voit les lèvres de son interlocuteur remuer, mais le sens des mots lui échappe. Elle présente donc une surdité verbale presque totale.

La lecture à haute voix et la lecture mentale sont à peu près normales ; la malade comprend ce qu'elle lit. Les ordres écrits, non complexes, sont convenablement exécutés ; cependant une légère alexie se manifeste dans la lecture des chiffres et des nombres. Ajoutons, que les mêmes troubles paraphasiques réapparaissent, lorsqu'on oblige la malade à répondre tout haut aux questions écrites.

La parole spontanée est correcte, déduction faite de cette paraphasie constante qui attire l'attention, dès qu'on entend parler Madame Ch...

L'écriture spontanée paraît normale et Maria répond parfois d'une manière assez exacte aux questions qui lui sont posées graphiquement ; toutefois, elle dit que sa mère a 48 ans et elle écrit 80 ans. Lui demande-t-on son âge, elle répond qu'elle est née en 1862 et elle écrit 18602.

L'écriture sous dictée est nulle ; l'écriture d'après copie s'exécute normalement (transcription facile de l'imprimé en manuscrit).

L'examen physique nous révèle, chez cette femme, une lésion mitrale (insuffisance et retrécissement) considérable, quoique bien compensée. Du côté droit, les reflexes radiaux et patellaires sont légèrement exagérés. Pas de Babinski, pas de symptômes oculaires appréciables.

Peu après son arrivée, la malade se lève et rend d'assez grands services dans le quartier où elle se trouve ; elle coud, travaille, se livre à mille occupations quotidiennes. De prime abord, on est tenté de la prendre pour une démente, parce qu'elle présente de la surdité verbale, mais, en réalité, Maria est intelligente et l'affaiblissement démentiel n'est qu'apparent.

Pas de troubles de la mémoire : les souvenirs anciens sont parfaitement conservés, mais les faits récents manquent de précision dans l'esprit de la malade. La conscience est normale : pas de désorientation auto ni allo-psychique. Le jugement est sain. L'affectivité est remarquablement conservée.

Ch... est en correspondance continuelle avec les personnes qui s'intéressent à elle et reçoit avec joie les visites qui lui sont faites à l'Asile.

Cet état se maintient jusqu'au mois de septembre 1908 ; à ce moment, le cœur fléchit, le myocarde ne compense plus la lésion valvulaire, et l'asystolie avec tout son cortège de symptômes aigus et menaçants, apparaît alors. Dès cet instant, l'aspect de la malade change totalement : celle-ci s'alite, le teint cyanosé, les lèvres bleuâtres et s'alimente avec difficulté.

Des monoplégies partielles s'installent, à différentes reprises, dans le bras droit, le membre inférieur du même côté, paralysies révélatrices d'ictus successifs qui ont frappé Maria pendant la durée de ces crises asystoliques. Bientôt, la démence organique s'installe ; Ch... est immobile dans son lit, les yeux démesurément ouverts, figée dans une attitude quasi-extasique, dans une rêverie, dont on ne peut la tirer qu'avec peine.

La parole spontanée est incorrecte, incompréhensible, monosyllabique ; les réponses, qu'elle nous fait d'une voix faible et éteinte ne correspondant pas aux questions que nous lui posons :

D. « Quel est votre nom ? »
R. « Çà fait un mois. »
D. « Quel âge avez-vous ? »
R. « Il n'est plus à moi. »
D. « Dans quel pays êtes-vous née ? »
R. « Oui. »
D. « Donnez-moi la main ? »
R. « Oui. »
D. « Remuez la tête ? »
R. « Oui, Monsieur. »

Les ordres donnés verbalement ne sont pas compris.

La parole répétée présente des troubles analogues.

La lecture à haute voix est à peu près normale : la malade lit les articles des journaux à voix lente et basse, mais d'une façon correcte, ayant parfois quelque difficulté à prononcer certains mots. Elle ne semble pas comprendre ce qui est écrit sur le papier. Nous inscrivons : « Fermez les yeux », elle lit exactement la phrase, mais n'exécute pas l'ordre donné ; il en est de même pour l'ordre graphique « donnez-nous la main ».

La lecture des nombres à 3 chiffres est conservée, mais non comprise ; toutefois, si les nombres sont plus compliqués, il lui est absolument impossible de les énoncer d'une manière exacte.

Nous lui montrons un choix de couleurs, et nous écrivons : « Montrez la couleur bleue, » elle lit facilement cet ordre, mais ne fait aucun geste.

Les emblèmes ne paraissent pas attirer son attention.

Les mêmes symptômes sont aussi manifestes du côté des images auditives ; Madame Ch... ne comprend pas les questions qui lui sont posées, et répond indifféremment « oui ou non » à tout ce qu'on lui dit.

La compréhension du langage parlé, des chiffres et des nombres est nulle.

L'agraphie est totale ; lui mettons-nous un crayon entre les mains et un texte imprimé ou écrit à la main devant elle : c'est d'un geste las qu'elle trace sur le papier des signes sans aucune signification. D'ailleurs, au bout de quelques minutes d'interrogatoire, la malade se fatigue rapidement ; elle reste muette et sa physionomie ne trahit plus aucun sentiment. Nous tentons une pénible épreuve ; nous exposons à sa vue un nom qui lui est cher, pensant que son visage trahira une émotion violente : mais il n'en est rien, elle regarde le papier, à la façon d'une personne indifférente, et détourne aussitôt les yeux. Et pourtant, quelques semaines auparavant, ce nom lui avait fait verser bien des larmes ; sa pensée constante était vers celui qui le portait !

Il ne reste plus rien chez cette femme, ni mémoire, ni jugement, ni affectivité. Le déficit intellectuel est considérable : il a été réalisé en quelques semaines par ces ictus successifs, qui ont déterminé des lésions diffuses irrémédiables. Et c'est pourquoi cette observation est intéressante, car elle nous permet de distinguer, chez la malade, deux périodes dans son affection : une première, dans laquelle le foyer de ramollissement est resté localisé, l'affaiblissement démentiel étant nul ; une deuxième, dans laquelle les lésions cérébrales se sont diffusées, alors que le déficit intellectuel devenait global.

Autopsie : La malade succombe le 25 Octobre 1908.

A l'ouverture du cœur, on trouve une double lésion mitrale, insuffisance et rétrécissement.

L'examen du cerveau est des plus intéressants : en effet, cet organe est légèrement ramolli dans son ensemble, mais le ramollissement est beaucoup plus prononcé au niveau de la zone de Wernicke du côté gauche (surtout lésion du pied de la 1re temporale).

Si nous faisons la coupe de Brissaud, dans chaque hémisphère, nous constatons que la presque totalité du noyau lenticulaire gauche, est détruite par une hémorragie assez récente ; de même à droite, la tête du noyau caudé présente une lésion hémorragique considérable, ne paraissant pas très ancienne.

Ajoutons, en terminant, que cet examen nécropsique nous apporte la confirmation de ce que nous pensions dans l'observation ci-dessus : lésions localisées et diffuses probables. No-

tons cependant que, malgré les lésions hémorragiques situées toutes deux dans le quadrilatère de Pierre Marie, de chaque côté, la malade, à ce que nous sachions, n'a jamais présenté d'anarthrie.

OBSERVATION XXI (résumée)

Ictus successifs. Démence. (Observation V. Thèse Fernand Bernheim, page 210).

Observation de la malade Chabanol Jeanne, qui entre à la Salpêtrière, le 17 Janvier 1894, à l'âge de 44 ans.

« De 1891 à 1895, plusieurs ictus avec ou sans perte de connaissance, avec troubles de la motilité du côté droit du corps et aphasie. Examen en 1895 : hémiplégie droite avec contracture ; la malade ne peut émettre qu'un grognement sourd. Surdité verbale et psychique. Cécité littérale et verbale. On ne peut la faire écrire. Gâtisme ; inégalité pupillaire. Au début de 1896, la malade est devenue une vraie démente aphasique. avec agitation, contracture des quatres membres et rire spasmodique. Mort le 5 Mars 1897.

Autopsie : Microgyrie de l'hémisphère gauche, avec atrophie des circonvolutions temporales, frontales et pariétales, surtout au niveau de la face externe de l'hémisphère ; les faisceaux d'association et les fibres de projection sont tassés, diminués de volume et partiellement dégénérés. Aplatissement du thalamus ; dégénérescence du pulvinar, de la partie superficielle du tubercule quadrijumeau antérieur, du corps genouillé interne et du faisceau de Türck. »

OBSERVATION XXII (résumée)

Aphasie de Wernicke chez un vieillard de 80 ans. Deux ictus successifs. Pas d'affaiblissement intellectuel marqué. (Souques. *Société Médicale des Hôpitaux*. 27 décembre 1907).

R... O..., cordonnier, est pris à l'âge de 77 ans, d'une première attaque, à la suite de laquelle il reste incapable de parler ; mais cet état ne persiste que pendant 6 semaines ; au bout de cette période, il se remet, et les troubles de la parole disparaissent.

Deux ans plus tard, en Janvier 1906, seconde attaque. Il ne perd pas connaissance, n'a pas d'hémiplégie, mais est incapable

de proférer une seule parole. Toutefois, les troubles du langage articulé s'améliorent rapidement et voici ce que l'on constate en juin 1907 :

Pas d'hémiplégie. Aucun signe de contracture. La parole spontanée est incorrecte ; le malade est jargonaphasique.

La parole répétée présente des troubles analogues, cependant moins accusés. La même incorrection se manifeste dans la lecture à haute voix : les phrases courtes sont lues, tantôt exactement, tantôt d'une façon incompréhensible.

L'agraphie est très accusée : spontanément, R..., ne peut écrire que son nom ; sous dictée, il n'écrit rien de correct et il en est de même pour la copie du manuscrit et de l'imprimé.

La compréhension de la parole présente des troubles très nets : il y a un degré très accusé de surdité verbale.

La compréhension de l'écriture imprimée ou manuscrite est profondément touchée ; le malade est alexique. Il lit les phrases assez correctement, mais dans aucun cas il n'en comprend le sens et n'exécute l'ordre donné.

« Il reconnaît et dénomme la plupart des lettres de l'alphabet; il se trompe cependant pour quelques-unes.

Il retrouve souvent, non toujours, le nom des objets usuels qu'on lui montre, et en sait l'usage.

Il reconnaît le plus souvent les chiffres écrits, mais il lui arrive parfois de dire l'un pour l'autre et d'ajouter un mot, le mot « franc » par exemple. Il écrit souvent mal les chiffres et nombres dictés : 30 pour 50, 3 pour 4 etc. Pour la lecture des chiffres, il y a des troubles nets : tantôt, il bredouille des mots incompréhensibles, tantôt, il lit correctement, tantôt il prononce un chiffre au lieu d'un autre... Il reconnaît l'heure ; On lui montre 10 h. 55 : il dit d'abord 10 h. 10, puis 3 heures moins le quart, enfin 3 h. 20. On peut s'assurer, en essayant de le tromper, qu'il reconnaît réellement l'heure.

Le malade se conduit très correctement dans la salle. Il est propre, poli, ordonné, rangeant avec soins ses affaires, son lit, ses ustensiles de table, sortant tous les jours dans le jardin. Il aime la solitude, pleure quelquefois sur son état de santé, ne parle pas aux autres, mais répond dans son jargon, quand on l'interpelle. Il est d'un caractère calme. Il a la notion assez exacte du temps et très nette des personnes.

La mimique ne présente pas grande altération. Le visage reflète l'état des sentiments intérieurs. R..., fait comprendre nettement par gestes son métier de cordonnier. L'acte de dormir, de faire le salut militaire, de nager, de grimper, de donner un coup de pied, ou un coup de poing..., etc., sont traduits en gestes appropriés et exacts.

De même, la mimique imitative est généralement correcte, qu'il s'agisse d'actes complexes ou non. »

Cette observation est intéressante par ce fait, que des troubles aphasiques, ayant débuté chez un *vieillard*, n'ont pas amené chez celui-ci et malgré son grand âge (il a 80 ans), un déficit intellectuel très marqué. Le malade a eu 2 ictus succesifs, il présente de la surdité verbale, de l'alexie, et pourtant ses facultés mentales sont presque intactes. Si on le juge plus affaibli qu'il n'est en réalité, c'est que son langage jargonaphasique fait penser, de prime abord, aux paroles incohérentes et sans suite d'un dément.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Aphasie motrice. Trois attaques. Guérison presque complète. (Observation XV. Thèse Fernand Bernheim, page 293).

V..., fleuriste, âgée de 51 ans, est examinée dans le service de M. Déjerine en 1895.

Hémiplégie droite et aphasie motrice à l'âge de 30 ans, en 1874. Deuxième attaque à 32 ans ; troisième attaque 6 mois plus tard.

— Examen en 1895. Parole spontanée : la malade peut dire des mots qu'elle scande, mais pas de phrases ; répétition avec les mêmes troubles, ainsi que la lecture à haute voix. Pas de cécité ni de surdité verbales. Spontanément, la malade ne peut écrire que son nom ; sous dictée, quelques mots ; la copie est normale. Etat intellectuel conservé.

— En 1899 : amélioration considérable, sauf l'écriture restée stationnaire. L'intelligence est conservée, la fatigue de l'attention n'est pas rapide. L'émotivité existe, mais sans exagération ; il en est de même de la mimique. La mémoire est diminuée à un degré assez marqué.

— « A la suite de ses 3 attaques, cette femme est restée pendant 6 ans atteinte d'aphasie motrice. Puis pendant 16 à 18 ans, l'amélioration s'est produite lentement, pour arriver à une amélioration pratiquement voisine de la guérison. »

OBSERVATION XXIV (résumée)

Aphasie motrice. Deux attaques. Guérison. (Observation XXI. Thèse Fernand Bernheim, page 314).

J..., fille de salle, âgée de 39 ans, entre en 1895, salle Carrette, dans le service de M. Déjerine.

— Hémiplégie droite et aphasie motrice en 1888, sans perte de connaissance ; deuxième attaque six mois après.

— Examen en 1895 : Parole spontanée, lecture et écriture très améliorées, presque guéries.

— En 1899, disparition de l'aphasie motrice, sauf l'écriture spontanée et sous dictée qui restent altérées ; mais la malade prétend qu'elle faisait des fautes d'orthographe avant sa maladie. Intelligence assez bonne.

— Ainsi, malgré 2 attaques successives à six mois d'intervalle, malgré la surdité verbale qui a duré six mois, après la première attaque, malgré l'alexie qui a persisté pendant deux ans, la malade a guéri de son aphasie motrice.

OBSERVATION XXV (résumée)

Aphasie motrice. Guérison 30 ans après le début de la maladie. (Observation XXII. Thèse Fernand Bernheim, page 317).

— « Femme âgée de 58 ans.

« Hémiplégie droite avec aphasie motrice en 1870, à la suite « d'une frayeur. Retour de la parole un an après.

« Disparition de la cécité verbale en 1892. Persistance de « l'agraphie.

« En 1900, guérison de l'aphasie motrice ; seuls persistent « l'agraphie partielle et les troubles latents de la lecture men- « tale. Intelligence bien peu touchée. »

Cette observation est curieuse, par ce fait, qu'une malade, atteinte de cécité verbale pendant 22 ans, a fini par en guérir ; à mesure que l'état intellectuel est devenu meilleur, l'aphasie a été en s'améliorant.

La guérison complète n'a été obtenue qu'en 1900.

DEUXIÈME PARTIE

Aphasie et Aliénation mentale

CHAPITRE PREMIER

Les Paraphasiques. — La démence incohérente

On rencontre dans les asiles d'aliénés de nombreux aphasiques, dont l'internement est le plus souvent justifié par les troubles démentiels ou vésaniques qu'ils présentent. Au cours des chapitres qui vont suivre, nous allons passer en revue les différentes causes susceptibles de faire verser ces malades dans l'aliénation mentale, ce qui contribuera à nous renseigner sur les difficultés du diagnostic entre l'aphasie et les altérations du langage qu'on observe parfois chez les aliénés.

Il existe toute une catégorie de sujets, dont le verbiage incohérent en impose pour une perturbation grave des facultés intellectuelles : nous voulons parler des *paraphasiques*. Ces individus atteints, dans la plupart des cas, de surdité verbale, tiennent des propos inintelligibles, absurdes, font usage de phrases où quelques mots corrects sont

mélangés avec d'autres absolument incompréhensibles (Déjerine). De tels infirmes du langage, isolés en quelque sorte et relégués dans une infériorité marquée, sont les victimes et en même temps les souffre-douleurs de la Société, qui, d'une manière à peu près constante, les considère comme fous. « Que des circonstances fortuites, écrit Garnier, jet-« tent un aphasique et *surtout un paraphasique*, dans le « milieu bruyant de la vie sociale, et il est bien probable « qu'il ne pourra s'y mouvoir longtemps, sans attirer l'at-« tention sur lui. On écoute avec surprise cet homme qui « balbutie, gesticule d'une façon plus ou moins bizarre, « prononce des mots singuliers, informes, ou qui n'ont au-« cun sens. Est-il dans la rue, égaré ou en quête d'un ren-« seignement quelconque ? On l'entoure, on le regarde cu-« rieusement. On ne parvient pas à le comprendre, on ne « sait ce qu'il veut et on a vite fait de conclure du désor-« dre de sa parole au désordre de son esprit (1). »

Les malades de ce genre ne sont pas rares dans les grandes villes, à Paris surtout, où ils traînent une lamentable existence ; l'Autorité administrative les dirige sur un asile d'aliénés ou un établissement spécial, parce qu'ils sont trouvés errant à travers les rues, manifestement incapables de donner leur nom et leur adresse, et qu'ils répondent par un bavardage incohérent et dépourvu de toute signification, aux demandes les plus simples.

Paul Garnier rapporte la curieuse observation d'une marchande des quatre-saisons, appréhendée sur la voie publique, *en état de démence* — nous citons le rapport des agents — et conduite, de ce fait, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. L'éminent médecin de la Préfecture de Police ne fut pas long à s'apercevoir que cette femme était frappée de surdité et de cécité verbales ; aussi, n'hésita-t-il pas à signer sa mise en liberté (voir plus loin Observation XXVI). Le même auteur adopta une semblable mesure à l'égard d'une autre aphasique sensorielle, qui, arrêtée comme la première, pour un motif analogue, fut, après examen, transférée à l'Hôtel-Dieu. Une malheureuse femme, obser-

(1) Paul Garnier. — Aphasie et folie. *Archives générales de médecine.* Février et Mars 1889.

vée par Charon (1) et présentant les mêmes symptômes que les deux malades précédentes, fut séquestrée arbitrairement et regardée comme aliénée dangereuse (2).

Ces quelques exemples suffisent à nous rendre compte des erreurs de diagnostic possibles en pareilles circonstances : un médecin non prévenu est exposé chaque jour à faire interner des individus, dont le seul tort est d'avoir une destruction de la zone de Wernicke.

Charpentier estime qu'il est fréquent de rencontrer parmi les vieux chroniques des asiles, des paraphasiques, qui, s'ils ne peuvent apprécier l'incorrection et l'inintelligibilité de leur langage, savent parfaitement ce qu'ils veulent dire. Briand (3) s'est rangé à une opinion identique, en affirmant que beaucoup de *prétendus déments ne sont que des paraphasiques,* et c'est la raison pour laquelle, avant de traiter la question « aphasie et aliénation mentale », il nous a semblé logique d'esquisser à grands traits l'aspect et la manière d'être de ces étranges malades, apparemment vésaniques.

Le trouble psychique que simule le mieux la paraphasie est la *démence incohérente,* dont la *manie chronique* réalise au plus haut point le tableau clinique. Sollicité par une interrogation, le maniaque n'émet que des paroles vides de sens, sans rapport avec la question posée ; il prononce des termes bizarres, impropres, répète automatiquement des lambeaux de phrases, le plus souvent stéréotypés et dénués de signification. La même altération du langage se retrouve dans le discours du paraphasique ; toutefois, chez ce dernier, l'incohérence est plus apparente que réelle, résidant dans l'expression verbale et non dans la pensée. Chez le maniaque chronique, au contraire, l'incohérence produite par un trouble fonctionnel de longue date, arrivé lentement et progressivement, est en rapport avec l'incohérence des

(1) Charon. — Aphasie motrice prise pour de l'incohérence maniaque. *Echo médical du Nord,* 1897-85.

(2) Dans son discours à l'Académie de Médecine (1864), Baillarger cite le cas d'une malade, qu'on avait crue sourde et aliénée, et qui, en réalité, était atteinte de surdité verbale (voir à la fin de ce chapitre l'observation XXVIII).

(3) Marcel Briand. — *Société Médico-psychologique,* Juin-Juillet 1901.

idées. Magnan distingue, à ce propos, l'incohérence du langage liée à une perturbation grave dans le jeu des associations symboliques et qui compromet la formule verbale de l'idée, des incohérences du langage qui ne sont que l'expression du désordre profond de la pensée.

Il est parfois très difficile de différencier un paraphasique d'un maniaque chronique, d'après les seuls indices fournis par l'absurdité des propos, l'abondance des mots forgés, des néologismes, d'autant plus que celui-là ne présente, en général, aucun trouble moteur (hémiparésie, hémiplégie) qui permette d'établir un diagnostic certain. Le clinicien se trouve en présence des mêmes difficultés, lorsqu'il veut apprécier l'état mental de l'aphasique incohérent ; il doit interroger l'expression du visage, l'habitus, l'allure, les gestes du malade, sa conduite, ses actes, et ne pas se laisser duper par une apparence démentielle souvent très accusée. L'étude de l'écriture peut être d'un précieux secours en cette occurrence, car il n'est pas rare qu'elle contribue à mettre en évidence l'intégrité des fonctions intellectuelles du sujet : si celui-ci a conservé le pouvoir d'exprimer sa pensée par écrit, aucune erreur ne sera possible ; mais si, au contraire, il est agraphique, tout moyen de contrôle échappera à l'observateur le plus attentif.

Les paraphasiques ne s'entendent pas parler ; jamais ils ne s'émeuvent du désordre de leur langage, n'étant pas conscients de leur incohérence et étant persuadés que leurs paroles sont intelligibles.

On observe assez fréquemment chez ces malades des idées de persécution, consécutives à la perturbation verbale. Les moqueries ne manquent pas, les quolibets sont incessants à l'égard de ce malheureux qui n'est pas compris dans son langage et que ses camarades considèrent comme fou ; aussi, n'y a-t-il rien de surprenant à ce que, poussé à bout, exaspéré par les plaisanteries de son entourage, il se laisse aller quelquefois à des actes violents (Observation XXXI).

Certains persécutés sèment leurs discours de véritables néologismes, emploient des mots incorrects, et en imposent ainsi pour des paraphasiques ; la confusion est, dans ces conditions, rendue inévitable par l'incohérence extrême des

propos. Un pensionnaire de l'asile de Villejuif, auquel on permettait, contraint par ses occupations journalières, de circuler à l'intérieur de cet établissement, fut, de notre part, victime d'une semblable méprise. Voici dans quelles circonstances :

Travailleur infatigable, notre homme, du plus loin qu'il nous apercevait, ne se faisait pas faute de nous saluer et de nous adresser quelques mots auxquels nous ne comprenions absolument rien. La lésion de la zone de Wernicke ne paraissait pas douteuse, du moins tel était notre avis, quand il nous vint un jour à l'idée d'examiner plus à fond ce malade (1). Celui-ci s'y prêta de bonne grâce et nous nous aperçûmes alors qu'il ne présentait aucun trouble aphasique, mais seulement un léger défaut dans l'élocution et des idées délirantes de persécution assez actives (2).

Une dernière question se pose : les paraphasiques doivent-ils être internés ? De semblables malades, écrit Garnier, « se trouvent, au point de vue de la communication « des idées et des échanges incessants que comportent les « nécessités de la vie courante, dans des conditions parti- « culièrement difficiles, qui les isolent en quelque sorte et « les relèguent dans une infériorité marquée. Ils ont be- « soin d'aide et de protection aussi bien que de soins ; et, « à défaut de famille, c'est l'hôpital qui leur convient (3). »

Nous partageons entièrement l'opinion du regretté méde-

(1) Nous pratiquâmes cet examen, grâce à l'extrême obligeance de M. le Docteur A. Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, auquel nous adressons nos remerciements les plus sincères.

(2) A titre de renseignement, nous détachons de l'observation du sujet, les quelques notes suivantes :

Parole explosive ; réponses correctes. Quand on l'abandonne à lui-même pendant quelques instants, il devient incohérent et prononce des paroles qui ne semblent avoir aucun sens. — Répète constamment les deux mots « tête tranchée », à la fin de ses phrases ; l'élocution laisse d'ailleurs beaucoup à désirer.

Délire de persécution mal systématisé : il en veut au Docteur A. Marie, ainsi qu'à son interne, le Docteur Bourilhet, qu'il appelle « l'étudiant ». — Excitation maniaque légère. — Mobilité de l'attention.

Les facultés intellectuelles ne paraissent pas touchées d'une façon notable.

(3) Paul Garnier. — *Loco citato.* Page 33.

cin de l'Infirmerie spéciale. C'est un devoir impérieux pour la Société de veiller sur ces individus et de les mettre à l'abri des infortunes ; l'incohérence verbale qu'ils manifestent, n'est pas une raison suffisante pour les envoyer grossir le contingent des asiles d'aliénés, car ils ne sont pas fous. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce sujet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XXVI (résumée)

Cécité et surdité verbales. Incohérence verbale simulant un désordre profond de la pensée. Internement. Mise en liberté. (P. Garnier. Aphasie et folie. *Archives générales de Médecine*. 1889).

Une femme de constitution robuste, reconnue plus tard pour être la nommée Marguerite L..., âgée de 54 ans, marchande des quatre saisons, est amenée le 1er octobre 1888, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. D'après le procès-verbal qui l'accompagne, cette personne avait été trouvé en *état de démence* sur la voie publique. Questionnée par les agents, elle avait été incapable de dire son nom et son adresse : au poste de police, elle n'avait pu répondre que par un bavardage incohérent et inintelligible aux demandes les plus simples.

La physionomie de cette femme est vive, expressive, le regard fin et mobile, la mimique particulièrement intelligente.

Marguerite L..., a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 50 ans: elle était connue comme une femme instruite, active et laborieuse. Dans le courant de mars 1888, elle fut frappée de deux attaques apoplectiformes successives qui laissèrent après elles une hémiplégie gauche et des troubles de la parole tels, que son langage était devenu incompréhensible. En outre, elle était incapable de lire et d'écrire. La paralysie des membres disparut en juin, et elle put, dès cette époque, vaquer aux soins du ménage, sans que rien dans sa conduite ne parut déraisonnable. C'est en allant aux provisions, qu'elle perdit un jour sa route et se signala à l'attention par des paroles sans suite, qui provoquèrent son envoi à l'Infirmerie spéciale.

Les propos de cette femme sont complètement dénués de sens; toutefois, sous cette incohérence, on devine une intelligence active, un jugement éclairé, une volonté saine.

Examen. — Marguerite L..., n'offre aucune altération appréciable de la motilité, et il n'y a rien à noter dans l'ensemble des fonctions organiques, dont le jeu est régulier.

Le langage mimique est parfaitement interprété et elle s'en sert elle-même, de manière à prouver l'activité de son esprit. Douce, polie, prévenante vis-à-vis des personnes qui l'entourent, elle a conscience de sa situation, du milieu où elle se trouve.

La surdité verbale est presque absolue ; absence de surdité corticale ; pas de surdité psychique.

L'alexie est complète, et porte aussi bien sur les mots que sur les lettres. La malade n'arrive pas à copier avec quelque régularité un mot écrit ou imprimé ; mais elle reproduit une figure géométrique : l'agraphie est à peu près aussi caractérisée que l'alexie.

Dans les jours qui suivent, Marguerite L..., semble récupérer un peu l'audition des mots, mais la cécité verbale ne varie pas et reste absolue ; de même l'agraphie.

Huit jours après son entrée, la malade quitte l'Infirmerie spéciale où son mari est venu la chercher. A ce moment, elle comprend la plupart des questions et y répond convenablement; on peut entretenir une conversation avec elle. Par contre, l'alexie et l'agraphie ne se sont pas modifiées.

« La place de cette femme, dit l'auteur, n'est évidemment pas « dans un asile d'aliénés. Je n'ai pas hésité à signer sa mise en « liberté. Mais il faut convenir que de tels infirmes du langage « se trouvent, au point de vue des moyens de la communication « des idées, et des échanges incessants que comportent les « nécessités de la vie courante, dans des conditions particuliè- « rement difficiles qui les isolent, en quelque sorte, et les relè- « guent dans une infériorité marquée. Ils ne sauraient être « abandonnés complètement à eux-mêmes ; ils ont besoin « d'aide et de protection aussi bien que de soins.

« A défaut d'une famille qui se charge de les protéger et de « les surveiller, on est amené à réclamer leur hospitalisation. « Mais c'est, à moins de complications délirantes ou d'un « affaiblissement démentiel, dans un hôpital ordinaire et non « dans un établissement d'aliénés, qu'il est indiqué de placer « une personne dont les idées sont saines, dont l'attitude est « calme et raisonnable. »

OBSERVATION XXVII (résumée)

Aphasie sensorielle avec paraphasie donnant au malade l'aspect d'un dément incohérent. (Vigouroux. *Société médico-psychologique.* 24 juin 1901).

Le B..., 42 ans, a toutes les apparences d'un confus ou d'un sourd ; il ne comprend pas les questions qu'on lui pose et semble tout à fait incohérent : on relève, dans son passé, des attaques épileptiformes nombreuses. Ce malade, vraisemblablement alcoolique, présente de la surdité verbale, d'autant plus accusée, que l'ordre donné est plus compliqué ; la surdité verbale s'accompagne de paraphasie. Le B..., est atteint, en outre, d'aphasie amnésique partielle, portant principalement sur les substantifs, mais variable d'un jour à l'autre. La cécité verbale, totale, s'accompagne de cécité littérale. L'agraphie est complète ; le sujet est incapable d'écrire sous la dictée et même de copier ; spontanément, il trace toujours le même paraphe, qui est le sien.

Le B..., a la compréhensive très vive de la mimique et des gestes ; il distingue les couleurs les unes des autres, mais ne peut les désigner. Au point de vue mental, le malade s'est montré calme et raisonnable, ne manifestant aucune idée délirante.

Quinze jours après son entrée à l'Asile, il succomba au cours d'une attaque apoplectiforme.

A l'autopsie de cet homme, qui avait présenté, quelques semaines avant sa mort seulement, de l'aphasie sensorielle avec un certain degré d'aphasie amnésique, on trouve un gliome volumineux siégeant dans l'épaisseur du lobe sphénoïdal gauche.

A propos de cette observation, M. Vigouroux fait remarquer « combien souvent est délicat le diagnostic entre l'incohérence « véritable de l'aliéné et l'incohérence apparente du malade « atteint de surdité verbale, surtout quand celle-ci s'accompa- « gne, comme elle le fait le plus souvent, d'aphasie motrice « ou de paraphasie. »

OBSERVATION XXVIII

Aphasie sensorielle. Incohérence. Apparence d'aliénation mentale. (Baillarger. *Bulletin de l'Acad. Imp. de Médecine.* 1865. T. XXX, page 828).

Il y a en ce moment, dans mon service, une femme qui ne peut nommer aucun des objets les plus usuels ; elle ne peut même dire son propre nom. Quand on lui présente un objet, elle

fait signe qu'elle le connaît, et s'efforce de le nommer, mais n'y parvient jamais. Elle a conscience de son état et s'en afflige. Cependant, cette femme prononce une foule de mots incohérents, en les accompagnant de gestes très expressifs, qui prouvent que, derrière cette incohérence, il y a des idées bien déterminées qu'elle veut exprimer. La perversion du langage a été un moment si grande, chez cette femme, qu'on l'a crue sourde et aliénée. La question de la surdité a été facile à juger, mais il n'en a pas été de même de la question d'aliénation. La folie, comme on l'a dit, est une infortune qui s'ignore elle-même ; or, ce caractère essentiel manque chez notre malade, qui semble, en effet, très bien apprécier son état. Elle ne se livre, d'ailleurs, à aucun acte déraisonnable.

OBSERVATION XXIX

Aphasie sensorielle avec paraphasie chez un vieillard. Absence de troubles intellectuels. (Vigouroux. *Société anatomique.* 8 juillet 1904).

« S..., âgé de 72 ans, est entré à l'Asile de Vaucluse le 22 mars 1902.

Il avait été trouvé égaré sur la voie publique, ne pouvant donner ni son nom, ni son adresse, et avait été envoyé à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. M. le Dr Garnier avait constaté qu'il présentait de l'affaiblissement intellectuel, de l'aphasie motrice, de la cécité et de la surdité verbales ; le diagnostic fut confirmé par le Dr Magnan, qui avait, en plus, noté de l'hémiparésie droite.

S... est un vieillard de 72 ans, assez bien conservé pour son âge. A son entrée dans le service, il ne présente pas de paralysie localisée, ni même de faiblesse musculaire plus accusée d'un côté. La sensibilité à la piqûre est un peu diminuée du côté droit.

La cornée présente un arc sénile accentué, la pupille gauche est plus grande, les réflexes patellaires sont conservés et égaux. Les réflexes plantaires sont en flexion. Les artères sont athéromateuses et il existe à la base du cœur un souffle d'insuffisance aortique.

Au point de vue mental, il ne paraît pas dément ; il cherche à comprendre ce qu'on lui demande et l'exécute du mieux qu'il peut.

La surdité verbale est manifeste, il ne comprend aucune question, aucun ordre, qu'il ne peut deviner par la mimique. Cependant, il n'est pas sourd, il entend les bruits.

La cécité verbale est également absolue, sauf toutefois pour son nom.

Si on lui met en main un crayon et qu'on le place devant du papier, il écrit son nom « Sal..... » qu'il ne peut prononcer.

Il n'a pas d'aphasie motrice ; surtout à son arrivée, il parlait beaucoup, mais souvent prononçait des mots ne se rapportant pas aux objets qu'il voulait désigner : le plus souvent c'étaient des jurons « s... n... de D..., je ne peux pas, certainement ». Parfois il commençait une phrase et s'arrêtait, ne pouvant trouver les substantifs.

Il reconnaissait tous les objets usuels, manifestait par signes qu'il en connaissait l'usage : montre, lunettes, clefs, etc., etc..., mais il ne pouvait ni les nommer, ni répéter le nom qu'on lui disait.

Toutefois, il dit spontanément le nom du pays où il naquit, Suelz-sur-Loire. Il fit comprendre qu'il était menuisier. Parfois, il chantait ; il prononce et articule bien, en dehors des jurons, les mots usuels : merci, parfaitement, certainement.

Il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, paraît désolé de ne pouvoir parler avec les autres malades et les infirmiers, s'efforce de se faire comprendre par signes et y réussit. Il manifeste le désir de se lever, de se promener, puis de travailler.

Après 15 jours d'observation, il fut envoyé à l'atelier du menuiserie. Là, il se mit très rapidement au courant du travail qu'on lui demandait, et montra qu'il était resté un habile ouvrier; il assemblait des planches, les rabotait, etc... Il était moins adroit qu'il ne l'avait été par suite de la vieillesse, de l'affaiblissement de sa vue, mais il travailla avec ardeur et intelligence jusqu'à sa mort.

Dans les quartiers, il se montrait très au courant des habitudes, heures du repas, coucher, promenades ; il était d'une humeur gaie, toujours chantonnant et répétant la plupart du temps les mêmes mots ; il était très facile à diriger. Les infirmiers communiquaient avec lui par signes ; peut-être était-il arrivé à comprendre certains mots « à la soupe » ; il était difficile de se rendre compte s'il comprenait le mot, ou s'il se rendait compte que l'heure du déjeuner était sonnée.

Il manifestait de la joie à voir ses neveux qui venaient le visiter.

Le 6 Avril 1904, il eut une première attaque épileptiforme avec un peu de congestion pulmonaire, dont il se remit après quelques jours de repos.

Le 6 Juillet il eut une hémiplégie droite, des attaques épileptiformes et mourut.

L'autopsie montra un ramollissement ancien et profond de la 1re temporale tout entière et du lobule du pli courbe, ramollissement dû à la thrombose de l'artère sylvienne, après la séparation des artères de la 3e frontale et de la frontale et pariétale ascendantes. Il y a intégrité de la circonvolution de Broca et de la frontale ascendante. »

En résumé, nous constatons que, malgré l'étendue de ces lésions et malgré son grand âge, cet homme n'était pas dément ; il avait conscience de sa situation, comprenait les gestes et pouvait exercer sa profession de menuisier.

OBSERVATION XXX

Troubles du langage, simulant la démence incohérente, chez une aphasique non paralytique. (Charpentier. *Gazette des Hôpitaux*. 1891, nº 24).

« Le premier sujet de ce genre qui ait fixé notre attention, était une malade du service de M. Moreau (de Tours) que nous remplaçions à la Salpêtrière. Elle nous fut présentée comme vieille démente, et tout son langage consistait en de nombreuses syllabes se surajoutant, souvent les mêmes. Alerte de ses membres, elle venait chaque matin au devant de nous, tenant la même conversation poly-syllabique, et la surveillante nous apprit que c'était pour avoir un sou, que le chef de service lui donnait assez souvent ; ce sou était reçu avec une physionomie, une mimique de remerciements et les mêmes intonations ; un jour, plus généreux que d'habitude, nous lui fîmes cadeau d'une petite pièce de 0 fr. 50 en plomb ; les manifestations de joie étaient encore plus intenses ; mais soudain, elle vit l'entourage rire, se remit à examiner la pièce, la serra entre ses dents et finit par la rejeter brusquement, en s'apercevant qu'elle était fausse, d'où explosion de colère, traduite par les mêmes syllabes, mais dont l'intonation était changée. J'appris par sa mère, admise dans l'hospice comme vieille rhumatisante chronique, que sa fille, âgée de cinquante ans, quand je l'observais, avait eu, à trente-cinq ans, une attaque avec perte de connaissance, mais sans paralysie et que, depuis ce temps, la parole et le caractère avaient changé ; d'autres attaques étaient venues également, sans paralysie remarquée. Elle n'avait appris ni à lire, ni à écrire, elle s'irritait graduellement quand elle émettait ses syllabes et qu'elle voyait qu'on ne la comprenait pas ; ses emportements, ainsi que les troubles du langage, avaient fait penser à la démence, et l'absence de paralysie méconnaître l'aphasie. »

OBSERVATION XXXI

Troubles du langage, simulant la démence incohérente, chez un paraphasique. Idées de persécution consécutives aux troubles du langage. (Charpentier. *Gazette des Hôpitaux*. 1891, nº 24).

« Il y a trois ans, nous reçûmes de Ste-Anne un malade qui n'avait fait qu'un trop bref séjour à cet établissement et au Dépôt de la Préfecture de Police, pour y avoir été assez fructueusement examiné. Les certificats mentionnaient : débilité mentale, loquacité, incohérence, extravagance, actes inconscients, excès alcooliques.

C'était un gros gaillard de quarante ans, à la figure colorée, à l'air réjoui, ayant assez le visage épanoui de certains paralytiques généraux, mais sans aucun trouble moteur, sans troubles de la langue ni de la parole; il n'offrait non plus aucun signe appréciable d'alcoolisme ; à toutes nos questions, il nous répondait par un verbiage des plus riches, composé de mots, les uns sensés, les autres extravagants, mais le tout réuni était absolument incompréhensible ; tout cela été débité en souriant, avec quelques marques d'impatience ou quelques pauses de silence, quand nous lui faisions observer que nous ne comprenions rien à ce qu'il nous disait ; puis il reprenait son récit, avec le ton d'une personne qui dirait quelque chose de sérieux ; il ne présentait aucune déformation anatomique, aucun signe physique.

Il répondait, cependant, avec précision aux questions de chiffre : 4 fois 7 ; 7 fois 9 ; il ne voulait ni lire ni écrire ; dans ses réponses, nous avions surpris plusieurs fois le pronom indéfini « on » si caractéristique des persécutés ; mais nos investigations ne nous donnaient rien. Les jours suivants, nous remarquions que le malade nous saluait, nous reconnaissait, répondait même clairement, quoique très laconiquement aux premières questions que nous lui posions, mais, en moins d'une minute, le verbiage décousu recommençait ; dans la journée il était calme, docile, comprenait ce qu'on lui disait et répondait parfois clairement, brièvement, puis redevenait incohérent. Peu à peu, nous fûmes frappé, en l'écoutant causer, d'entendre fréquemment les mêmes répétitions de mots ou de phrases, telles que : paravéri, pré aux clercs ou bien en décadence, décadançant, décadent ou encore au bout du lot, loboulu en courant, coura-t-il, coura pas. Peu à peu, par l'habitude, en supprimant par la pensée ces phrases qui venaient, à chaque instant, s'intercaler dans sa conversation, nous parvînmes, quoique avec beaucoup de peine, à retrouver des phrases compréhensibles, qui, à la ma-

nière du langage dit javanais, étaient altérées par les mots interposés, et nous comprenions qu'il demandait sa mise en liberté, qu'il ne voulait pas être parmi les fous, qu'il était un honnête homme, tout cela interrompu par les phrases précédentes ou d'autres analogues ; celles-ci s'intercalaient d'autant plus dans le débit, que celui-ci était plus prolongé, en sorte que sa conversation, moins obscure au début, finissait par devenir inintelligible. Admis parmi les travailleurs, il fut vite apprécié comme ouvrier laborieux et très habile en menuiserie.

L'habitude de son langage parvint à nous faire découvrir des idées de persécution, mais nous pensions, et les renseignements ultérieurs sont venus confirmer nos présomptions, que celles-ci devaient être consécutives aux troubles du langage. Et, en effet, un mois après, sa sœur qui était à sa recherche, vint nous raconter que, célibataire, bon travailleur, intelligent, mais un peu noceur et gai de caractère, son frère avait eu, il y a six mois, en dînant dans sa famille, un étourdissement, s'était levé de table, affaissé sur lui-même et avait vomi ; il ne paraissait pas paralysé, mais la parole était empâtée, il était resté couché chez sa sœur et le lendemain était retourné à son travail ; il revint la voir un mois après, elle fut frappée en l'entendant causer ; il avait l'air à la fois de raisonner et de déraisonner ; sur l'observation qu'elle lui fit, touchant sa manière de parler, il s'impatienta, ne voulut pas rester à dîner et partit ; depuis, il aurait eu à l'atelier un nouvel étourdissement suivi de vomissement avec épistaxis les jours suivants ; le langage se serait de plus en plus troublé. Un jour dans la rue, il aurait accosté des gardiens de la paix qui, surpris de son langage, l'emmenèrent au poste.

Le père est mort d'un coup de sang ; il n'y a pas eu de vésanies, ni de névroses dans la famille ; comme antécédents personnels, nous ne relevons que des épistaxis de jeunesse, des migraines et trois apparitions d'hémorrhoïdes, la dernière survenue il y a deux ans. Nous avons conservé notre malade pendant quatre mois ; il ne nous a présenté aucun malaise physique ; ses idées de persécution, dues aux moqueries de ses camarades d'atelier, en raison du langage troublé dont aucun ne comprenait la signification pathologique, ont disparu ; les troubles du langage ont persisté, quoique un peu moins fréquents, mais revenant dès qu'il était ému. Au deuxième mois de séjour, nous sommes parvenu à le faire lire ; il prétendait que, les premiers temps, il ne le pouvait pas, peut-être y a-t-il eu de la cécité verbale ; sa lecture nous a témoigné les mêmes troubles du langage : les deux ou trois premières lignes étaient correctes, puis le malade rapprochait le texte des yeux, cherchait plus de jour,

et intercalait, dans sa lecture, les mêmes phrases étranges énoncées plus haut et finissait par refuser de continuer. Il ne voulait pas écrire ; ce n'est que sur la promesse formelle, que nous le mettrions en liberté s'il nous écrivait une longue lettre, qu'il s'est décidé à le faire. Cette lettre reproduisait les mêmes troubles du langage, les premières lignes étaient claires et bien tracées, les autres plus confuses, avec réapparition des mêmes phrases étranges, mais plus courtes ; le tout finissait à la manière des lettres de certains persécutés, par de petits dessins et signes de plus en plus minuscules.

Après sa sortie, il est revenu nous voir avec sa sœur ; les mêmes troubles du langage persistaient, mais sans troubles intellectuels ; six mois plus tard, il nous écrivait une lettre analogue à la précédente, mais contenant des idées de persécution contre ses camarades d'atelier. Nous l'avons perdu de vue. »

OBSERVATION XXXII

Aphasie sensorielle : surdité et cécité verbales. Paraphasie. Pas d'affaiblissement intellectuel. (Déjerine. *Presse Médicale.* 11 Juillet 1906, nº 55).

« Je rapporterai ici l'observation d'un médecin que j'ai beaucoup connu et qui fut atteint d'aphasie sensorielle, dans le cours de sa soixante-treizième année. Chez lui, la surdité verbale était très faible, mais la cécité verbale était complète et absolue et accompagnée d'hémianopsie homonyme latérale droite. Ce malade, qui ne reconnaissait même pas son nom, manuscrit ou imprimé, était atteint d'agraphie totale, sauf pour sa signature, et copiait servilement, comme un dessin, les mots imprimés ou manuscrits.

Les troubles de la parole consistaient en paraphasie, la plus pure que j'aie jamais rencontrée, et dont on finissait par comprendre le sens général, lorsqu'on en avait l'habitude. Chez ce collègue, homme d'une intelligence supérieure, ayant rempli des fonctions importantes dans sa province, je n'ai jamais constaté d'affaiblissement intellectuel véritable. Il savait très bien ce qu'il voulait, et ses actes et sa conduite étaient toujours très logiques. Pour se faire conduire à Paris, il avait dit à son confrère et ami le Dr X..., de Morlaix, de l'amener « dans la grande ville », pour voir le « bon grand médecin ». Descendu chez les Frères Saint-Jean-de-Dieu, j'allais le voir deux ou trois fois par semaine. A ma première visite, il m'expliqua par des gestes et une mimique expressive, combien il souffrait de son état et me

fit comprendre qu'il ne voyait pas de la moitié droite de ses champs visuels. Il se comportait comme un homme normal, savait le jour de la semaine, l'heure, ce qu'il dépensait chaque jour. Un jour que je lui prescrivais une solution d'iodure de potassium, 10 grammes pour 150 d'eau, il prit la plume et écrivit sa formule à lui, 15 grammes pour 150.

Presque tous les jours, il sortait en voiture découverte et indiquait, par le geste, les rues où il voulait passer et s'y retrouvait facilement; il connaissait, en effet, très bien Paris. Il n'avait pas de paraphasie pour les formules ordinaires de la vie. Lorsque j'arrivais, il se levait, me disait de prendre un siège, me demandait des nouvelles de ma femme, tout cela très correctement. Il était toujours très soigneux de sa personne. Il s'était fixé deux mois de séjour à Paris. Lorsque ce temps fut écoulé, il me fit comprendre qu'il partait le surlendemain et me demanda de lui fixer le chiffre de mes honoraires. Je lui répondis, en riant, qu'entre collègues, on ne posait pas de pareilles questions. Il se mit à sourire très aimablement et nous nous quittâmes. Le lendemain, dans l'après-midi, comme je descendais de chez moi, je le rencontrai dans l'escalier, portant dans ses bras une énorme poupée, qu'il apportait à ma fille, âgée alors de quatre ans et qu'il lui offrit lui-même avec beaucoup de grâce et d'amabilité. Accompagné de sa domestique, il s'était fait conduire au Bon-Marché, en indiquant lui-même le chemin au cocher, s'était rendu au rayon des jouets d'enfants, avait acheté la poupée, puis de là était venu chez moi.

Il est incontestable que, chez ce collègue, l'aphasie sensorielle n'avait pas altéré l'intelligence d'une manière appréciable.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

Aphasie sensorielle avec paraphasie. Absence de déficit intellectuel. (Vigouroux. Observation II. *Soc. médico-psychologique.* 22 juillet 1901).

Tréz..., est entré à Vaucluse le 1er Juin 1901, venant de l'Asile Clinique, où, après examen, M. le Docteur Magnan a porté le diagnostic d' « affaiblissement des facultés mentales avec aphasie et turbulence. »

Successivement groom, garçon de restaurant, puis matelassier, c'était, avant sa maladie, un homme intelligent, actif et affectueux pour les siens.

Le 7 Avril, il eut, pendant la nuit, deux crises convulsives, avec perte de connaissance et convulsions généralisées.

Quand il revint à lui, il ne pouvait plus parler, mais n'avait pas de faiblesse d'un côté du corps.

Tréz... a toutes les apparences d'un homme fort lucide : sa physionomie est vive, animée et très expressive.

Malgré l'intégrité de son audition, il est incapable de comprendre la plupart des mots prononcés devant lui : la surdité verbale est presque totale.

Les mêmes troubles se manifestent dans la compréhension du langage écrit : toutefois le malade reconnaît les lettres et les épelle à peu près correctement.

Tréz... ne présente pas trace de cécité psychique ; il reconnaît tous les objets usuels et en comprend parfaitement l'usage. Il se rend très utile à l'Infirmerie, où il se trouve, en aidant les infirmiers d'une façon judicieuse.

Il se conduit raisonnablement depuis qu'il est à l'Asile, se rend très bien compte de l'endroit où il se trouve, et proteste par sa mimique de la persistance de sa raison.

Parole. — Les troubles de la parole que présente Tréz..., sont tout à fait caractéristiques de son aphasie sensorielle ; « c'est un verbeux, un loquace ; son langage est incohérent. » (Déjerine).

Dans la parole spontanée, pour exprimer ses idées, il accumule les mots en les détournant de leur sens, ce qui rend son langage absolument incompréhensible ; seule, sa mimique permet de reconnaître le sens de son discours. Il articule, du reste, correctement la plupart des mots qu'il prononce ainsi d'une façon incohérente, et dont un petit nombre seulement se rapportent à l'idée qu'il veut exprimer (le plus souvent sa sortie, qu'il réclame) ou à l'objet qu'il veut désigner. C'est ainsi que, nous rencontrant un jour près de la cuisine, et portant du café chaud, il nous dit « qu'il venait du restaurant chercher de l'absinthe ».

Spontanément, au sujet de sa sortie, il s'exprime incorrectement, mais de façon à se faire comprendre : « Ça vaut mieux, chez nous j'en ferai autant, je fais tout ici, là-bas la même chose ; on est bien ici, avec vous, mais je peux travailler », etc.

« J'ai rudement besoin de m'en aller, ça me rendrait le cœur de m'en aller, je pourrais travailler plus seul, il y a longtemps quel », etc., etc.

Ces mots, dits sans suite, mais avec l'intonation juste et la mimique appropriée, indiquent fort bien son désir de sortir.

Interrogé, il répond d'une façon longue, embrouillée, et sou-

vent forge des mots incompréhensibles (jargonaphasie). Voici un exemple d'une conversation :

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — Henri Tréz...

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Tréz...

D. — Combien y a-t-il de temps que vous êtes ici ?

R. — Trois, ça fait cinq ; quarante jours ; ce n'est pas le sixième ; c'est le septième ; je croyais que c'était quarante ; — douze, ça fait vingt, ça fait quatorze, ça fait cinq.

D. — Etes-vous marié ?

R. — Je suis très bien ; ma femme et ma fille ; le grand, ma femme, nos petits garçons, moi et tout le monde.

D. — Avez-vous des enfants ?

R. — Une petite fille, un garçon ; ma petite femme ; je fais le cinquième ; c'est comme pour aller chercher le vin et tout ce qu'il faut.

D. — Quel âge a votre enfant ?

R. — Le grand, c'est la mère; sa fille est plus grande; elle est plus jeune ; ils sont tous les deux ; sa mère est plus grande.

D. — Quel âge a votre petit garçon ?

R. — Son petit garçon a cinq, onze ; ça fait cinq ans ; ça fait quinze ; elle les aura le douze.

Dès que les questions portent sur des idées plus générales, les réponses ne s'y rapportent plus du tout.

Aphasie amnésique. — Il ne peut évoquer l'image motrice du mot désignant l'objet qu'on lui montre. Il s'en rend compte et en le cherchant, dit : « Est-ce malheureux, autrefois je le savais si bien. » Puis des mots forgés surgissent : « gouette, allèle, etc. » Il ne semble pas se rendre compte s'ils s'appliquent ou non à l'objet, il nous regarde fixement pour voir s'il a dit juste. Il n'entend pas le mot qu'il prononce, et il ne paraît pas renseigné par les images motrices du mot prononcé.

Il ne peut nommer qu'un certain nombre d'objets, qu'il reconnaît fort bien ; pour les autres objets, ou bien il répète le nom qu'il vient de prononcer (intoxication par le mot), ou bien il forge un mot nouveau. Exemple : On lui montre une cigarette ; il la reconnaît très bien et la nomme cigarette ; on lui montre successivement une allumette, un porte-plume : il répètera cigarette. On lui montre un chapeau ; il dit « ma casqualette, mon petit ; on le dit tous les jours ; ma blouse, mon pantalon, etc. » On lui montre une allumette ; il dit : « alléguette, allèle, aiguillette ; dire que je sais tout ; je m'en sers tous les jours ; c'est une gouette ; j'en prends assez souvent. »

La paraphasie se manifeste à la lecture à haute voix ; invité

à lire le mot, *allumette*, il prononce « alleyette », et de *Manufacture de l'Etat*, il fait « matiri canaret ».

Il semble ne se rendre compte de l'inexactitude du mot qu'il prononce, que par notre mimique, et quand, par exemple, il désigne son *chaparu* sous le nom de pantalon, il paraît satisfait de l'expression employée.

Invité à répéter les mots prononcés devant lui, il le fait très mal, quelque soin qu'il mette à écouter et à regarder le mouvement des lèvres ; prié de répéter la liste des nombres prononcés devant lui, il prononce les mots suivants :

Quatre. — Un grand.
Cinq. — Cin.
Sept. — Dix.
Sept. — Dique, Desereu.
Cinq. — Peu, cinq.
Six. — Trois, six.
Sept. — Six, huit.
Neuf. — Naou.
Dix. — Dique.
Onze. — Neuf, onze.
Douze. — Douze.
Treize. — Trois, quatre, deux, quatorze.
Vingt-cinq. — Cinq, oui, vingt-cinq.
Vingt-six. — No, dique, onze cent dix.

Au bout de quelque temps, il put dire lui-même la série des nombres, comme automatiquement ; mais, s'il se trompait, dans le chiffre des dizaines, il ne s'en rendait aucun compte. Exemple : 45, 46, 47, — 38, 39, 40, 41, 42, 53, 54.

Il dit bien seul, et d'une façon automatique, la série des chiffres ; mais il n'a pu répéter la prière.

Amusie motrice. — De même que Tréz... ne peut reconnaître les airs, il ne peut chanter ni en siffler aucun ; il se borne à émettre des sifflements aigus, sans aucun sens musical.

Agraphie. — L'écriture spontanée est impossible ; quoi qu'on lui demande d'écrire, le malade n'écrit que son nom.

Etant donnée la surdité verbale, il ne peut être question de l'écriture sous dictée.

L'écriture d'après copie est possible ; il copie mécaniquement et servilement, sans que l'image motrice éveille en lui aucune idée, pas plus que l'image visuelle ou auditive ; il copie servilement les mots, sans se rendre compte du sens ; il est donc possible de lui faire copier tout ce que l'on veut, sans qu'il puisse s'en rendre compte ; c'est ainsi que nous avons pu avoir de

lui quelques lignes, par lesquelles il déshérite sa famille à notre profit ; cette pièce est datée, signée et paraphée.

Il copie en lettres imprimées ou manuscrites les modèles qui lui sont proposés : toutefois, n'ayant pas de cécité littérale, il lui arrive de reproduire en écriture cursive les lettres écrites en imprimé dans le modèle.

Avec des lettres séparées qu'on lui demande de réunir, il reconstitue facilement son nom ; mais il est dans l'impossibilité de reconstituer les lettres qui forment un mot qu'il vient de prononcer correctement.

Mimique. — La mimique est conservée, très vive et très animée ; c'est par elle que Tréz... se fait comprendre et il y arrive très suffisamment ; il comprend également très bien la mimique des autres et arrive, de cette façon, à deviner ce qu'on lui demande.

Nous avons déjà dit qu'il vivait à l'infirmerie, où il rend de nombreux services ; il s'occupe des malades, les soigne, les dirige même ; ce n'est que lorsqu'il veut leur donner des ordres oraux, qui ne sont pas compris, qu'il se met parfois en colère. En dehors des moments de travail, il joue avec entrain.

Son caractère est plutôt gai ; il n'est ni irritable, ni émotif, comme le sont d'ordinaire les porteurs de lésions circonscrites du cerveau ; il demande sa sortie avec instance et nous fait comprendre qu'il pourrait aussi bien travailler au dehors qu'ici et qu'il désirerait vivre avec les siens ; rien dans son attitude, dans sa conduite et dans sa mimique ne décèle d'idées délirantes de mélancolie ou de persécution, et rien non plus, dans les occupations peu compliquées qu'il accomplit, ne décèle une déchéance mentale accentuée.

Depuis son entrée du reste, il semble que son aphasie sensorielle se soit améliorée, qu'il comprenne plus facilement et qu'il ait acquis un certain nombre de mots, dont il se sert avec plus d'à-propos. Notons toutefois que, par la fatigue, les progrès apparents qu'il a faits disparaissent, et qu'après un interrogatoire un peu prolongé, les symptômes décrits plus haut reparaissent. »

Dans cette observation, l'auteur insiste sur ce fait, que « tout le désordre mental actuel semble résider dans l'aphasie sensorielle et la paraphasie que présente le malade ». Et il ajoute : « l'observation la plus minutieuse depuis plus d'un mois ne m'a pas permis de déceler un trouble délirant, ni une déchéance intellectuelle bien marquée, ni même des troubles du caractère, si communs chez les porteurs de lésions circonscrites du cerveau. »

OBSERVATION XXXIV

Aphasie amnésique. Paraphasie. Conservation de l'intelligence et des facultés musicales. (Bouillaud. *Annales médico-psychologiques.* Mai 1877).

« M. Ph... âgé de 50 ans, gendre d'un très honorable et distingué médecin de Châtellerault, convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, se couche gaiement le 2 Avril 1865. Il s'éveille à 10 heures et s'aperçoit, en voulant parler à sa femme, que les mots lui faisaient défaut pour exprimer ses idées, qui, d'ailleurs étaient parfaitement lucides. Il prenait les mots, qu'il parvenait à prononcer, les uns pour les autres, se frappait le front en signe d'impatience de ne pouvoir se faire comprendre.

10 Avril. — M. P... veut donner des ordres à ses domestiques, mais il ne peut s'en faire comprendre, parce qu'il lui manque certains mots et que, parmi ceux qui lui restent, il en est qui sont prononcés pour d'autres et ne s'appliquent pas, par conséquent, aux choses qu'il veut indiquer.

30 Mai. — Si le malade prend le temps de chercher ses mots, il parvient, avec une pénible lenteur, à se rendre intelligible. Il reconnaît bien ce progrès, et, en y songeant, la joie se peint sur son visage et dans son regard.

5 et 12 Juin. — On obtient les renseignements suivants, touchant l'écriture, la lecture, le calcul et la musique, chez le malade :

1° Les lettres sont bien tracées, mais elles ne viennent que confusément sans ordre convenable, ne forment point des mots, et ne peuvent exprimer une pensée quelconque. Il n'a pu écrire que son nom. Tous ses efforts pour en écrire d'autres, n'ont eu pour résultat que des lettres bien formées, mais sans suite, sans ordre, sans arrangement qui pussent constituer des mots.

2° Le malade lit mentalement des phrases entières qu'il conçoit bien, dont il se rend compte, mais qu'il ne peut rendre par la parole.....

3° M. P... qui, avant sa maladie, avait une grande aptitude pour le calcul, a fait assez lestement, une addition correcte de deux lignes de chiffres. Cependant, il reste beaucoup à désirer sous ce nouveau rapport.

4° Madame P..., ayant prié son mari, qui, dans l'état de santé, faisait sa principale occupation de la musique, d'essayer de composer et de noter quelque air, celui-ci prit un papier rayé et se mit à composer et à écrire, sans la moindre hésitation, quelques lignes que sa femme exécuta sur le piano, toute stupéfaite de l'exactitude de la composition, exempte de toute faute ou erreur

musicale. Il se prit ensuite à moduler de sa voix (non articulée) l'air écrit, et accompagna, avec correction et harmonie, les sons du piano, ne laissant échapper, sans les relever, les moindres fautes ou négligences dans la modulation des sons.

5° La perte de la parole (aphasie) persiste. Le malade ne peut prononcer ce qu'il lit, et il parvient à montrer plus ou moins clairement qu'il comprend ce qu'il lit. Il ne peut écrire de lui-même, mais parvient à copier quelques mots.

CHAPITRE II

Aphasie et états démentiels

En dehors des cas dans lesquels l'aphasie évolue vers la démence, il n'est pas rare de rencontrer des malades dont l'aspect et le langage rappellent, à s'y méprendre, ceux des véritables déments.

Ce serait nous exposer à des redites inutiles, que de traiter à nouveau la question des paraphasies et des paraphasiques, longuement étudiée au chapitre précédent, mais nous insistons sur ce fait, que *souvent* le sujet porteur de lésions circonscrites des centres verbaux, moteur et surtout sensoriel, a toutes les apparences d'un dément.

Les troubles du langage sont donc aptes à simuler, chez l'individu qui les manifeste, un désordre profond de l'intelligence : nous en aurons la preuve dans quelques instants, en faisant l'étude de l'aphasie chez les déments séniles. Mais ce n'est pas tout : si l'aphasie peut en imposer au clinicien le plus scrupuleux et le plus attentif pour une perturbation grave des facultés intellectuelles, en revanche, il ne faut pas se montrer surpris que des troubles du langage de nature organique, apparaissent au cours d'un état démentiel parfois très prononcé. Nous en avons un exemple frappant dans l'observation rapportée par M. Vigouroux à la Société Médico-psychologique (1) ; il s'agissait, en la circonstance, d'un malade atteint de surdité verbale presque pure, survenue au cours d'une intoxication chronique

(1) A. Vigouroux. — Etat mental des aphasiques sensoriels. *Société Médico-psychologique*. Séance du 22 Juillet 1901.

par l'alcool et l'absinthe. Cet individu, dément de longue date, était devenu par la suite aphasique sensoriel.

Dans ce cas, comme dans tous les autres où l'aphasie vient compliquer un état démentiel antérieur, il est toujours difficile de rechercher, en ce qui concerne l'appréciation exacte du déficit intellectuel, la part qui revient à la démence et à l'aphasie. La diminution de l'intelligence, liée à la lésion organique du cerveau, n'a aucun rapport avec les troubles du langage que présente le sujet. Celui-ci semble toutefois beaucoup plus affaibli qu'il ne l'est en réalité, sans que, pour cela, la perte des images motrices ou sensorielles verbales entraîne une aggravation notable de l'état démentiel dans lequel il se trouve déjà : ce fait fut d'ailleurs observé par Vigouroux chez son malade et mis en lumière par lui d'une façon très précise.

Signalons enfin, avant de clore ce rapide exposé, les difficultés du diagnostic entre la démence aphasique, variété de démence organique par lésions circonscrites, et la démence paralytique, difficultés à vrai dire jamais insurmontables, lorsqu'on s'efforce de séparer nettement ces deux affections (1).

I. — Aphasie et Démence sénile

Il ne semble pas que l'étude des troubles du langage chez les déments séniles ait jamais provoqué, de la part des neurologistes et des psychiatres, un enthousiasme considérable ; la bibliographie de cette question est, en effet, fort courte, trop courte même, à notre avis, et les renseignements qu'on y peut trouver, épars dans les ouvrages classiques ou les articles originaux, sont, il faut le reconnaître, d'une insuffisance notoire.

La plupart des auteurs s'accordent, à notre époque, pour affirmer que l'aphasie motrice ou sensorielle, dont paraissent atteints certains déments séniles, n'est pas en rapport avec des lésions localisées dans les centres du langage, mais

(1) Consulter à ce sujet : S. Lwoff. — *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau.* Thèse de Paris, 1890. Henri Jouve, Editeur.

résulte vraisemblablement de l'état démentiel du sujet. C'est, en particulier, l'opinion de Redlich, Seiler, A. Léri et aussi de Marchand (1). Liebmann et Max Edel (2) vont plus loin : non contents de distinguer très insuffisamment les troubles du langage des symptômes démentiels liés aux phénomènes de régression qu'on observe chez les vieillards, ils soutiennent que *l'aphasie sensorielle et la paraphasie sont des formes de la démence sénile.*

Cette assertion est entièrement fausse : elle ne repose, en effet, sur aucune base scientifique et les faits journellement établis la contredisent formellement. Nous considérons de même comme inexacte et en complet désaccord avec l'observation clinique, la théorie exposée précédemment, à laquelle se rangent les différents auteurs que nous avons cités plus haut. Nous allons en donner les raisons.

Rappelons-nous tout d'abord ce qui se passe d'une façon courante chez les vieillards : « à des époques plus ou moins « avancées de la vie suivant les personnes, surviennent « des désordres de la mémoire intéressant les représenta- « tions diverses des mots, auditive, visuelle, motrice. Ce « sont là des faits d'*amnésies verbales*. Les images des noms « propres, des dates, puis des substantifs sont les premiè- « res à s'effacer (3). » Tels sont les troubles de la fonction langage que l'on remarque communément chez cette catégorie de malades. *L'amnésie verbale est le premier degré de l'aphasie ;* mais il peut arriver aussi qu'on ait affaire à des troubles du langage de même nature et beaucoup plus caractérisés : nous entrons alors de plain-pied dans le domaine de l'aphasie vulgaire.

Nous sommes fondé à croire que *le processus de sénilité engendre de préférence des symptômes d'aphasie sensorielle consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie.* Quant à l'aphémie proprement dite, il y a tout lieu de sup-

(1) L. Marchand et G. Petit. — De l'épilepsie chez les déments séniles. *Revue de Psychiatrie,* Février 1909 (n° 2). Page 71.

(2) A. Liebmann et Max Edel. — *Die Sprache der Geiteskranken nach stenographischen Aufzeichnungen.* Halle, 1903 ; 183 S. *Dementia senilis,* 54-69.

(3) J. Séglas. — *Des troubles du langage chez les aliénés,* Paris 1892. J. Rueff et Cie, Editeurs. Page 74.

poser qu'elle est excessivement rare, car nous en connaissons peu d'exemples.

L'intérêt de cette étude n'est pas dans la constatation de tel ou tel trouble particulier du langage chez les déments séniles, mais réside plutôt dans ce fait, que l'aphasie sensorielle donne au sujet qui en est atteint, un *aspect démentiel beaucoup plus apparent que réel.* Si le malade manifeste depuis quelque temps déjà un certain degré d'affaiblissement intellectuel, l'apparence démentielle provoquée par les troubles du langage est encore plus considérable (Voir les observations XXXVI et XXXVII). Parfois même la paraphasie compliquée ou non de surdité verbale et associée à l'amnésie, suffit à elle seule pour entraîner la conviction qu'on se trouve en présence d'un dément global, alors que ce prétendu dément n'est, en réalité, qu'un sénile devenu paraphasique, dont la déchéance mentale se réduit, en fin de compte, à un amoindrissement psychique nul ou relativement minime (Voir les observations XXXV et XXXVIII).

Dans aucun cas, contrairement à l'opinion soutenue par L. Marchand et les auteurs précités, les troubles du langage chez les déments séniles ne sont fonction de l'état démentiel ; mais ils gardent, au contraire, vis-à-vis de ce dernier, une indépendance absolue. Quelle est la cause de ces troubles ? Ceux-ci relèvent, selon nous, des *altérations cellulaires* de la zone de Wernicke ou, avec une fréquence beaucoup moindre, du centre verbal moteur, altérations liées soit au processus athéromateux, soit plutôt au processus de sénilité.

Des cinq observations que nous avons réunies à la fin de ce chapitre, les quatre premières nous sont personnelles et parmi celles-ci, une seule (Observation *XXXVII*) a été suivie d'autopsie.

L'examen nécropsique de la malade qui fait l'objet de cette observation, nous permit de constater, à l'ouverture du crâne, la présence, sous la dure-mère, d'un hématome volumineux se moulant entièrement sur la face externe de l'hémisphère gauche. La tumeur liquide, allongée dans le sens antéro-postérieur, du pôle frontal au pôle occipital, large de 0,05 centimètres environ, exerçait une compression très marquée sur les circonvolutions voisines de la scissure de Sylvius (zone de Wernicke) et sur la moitié inférieure du lobe frontal ; à ce niveau, la surface de l'hémis-

phère était aplatie, complètement déformée et présentait, en outre, quelques foyers blanchâtres de ramollissement superficiel.

Les observations d'aphasie chez les déments séniles sont peu nombreuses dans la littérature médicale : citons, à titre documentaire, les cas publiés par Leslie Meacham (1), Pierre Marie (2), Vigouroux et Naudascher (3). F. Moutier rapporte l'observation d'un dément sénile qui, à l'autopsie, fut trouvé porteur d'un ramollissement très étendu, intéressant la partie postérieure des deux lèvres de la scissure de Sylvius, le gyrus supramarginalis, la Première, la Deuxième Temporales et le pli courbe, du côté gauche (4). L'étude de ce cas suggère à l'élève de M. Pierre Marie des remarques tout à fait justes ; Moutier écrit en effet : « On « peut avoir les idées les plus diverses sur les *rapports*, « sur la *coïncidence* de la démence et des lésions de Wer- « nicke. Ces deux ordres de faits se rencontrent souvent en- « semble chez le même individu. Ces « déments séniles » « sont fréquents dans un hospice de vieillards, et le diagnos- « tic d'aphasie sensorielle est rarement porté. On pense d'ha- « bitude à une simple verbigération démentielle, et l'on « passe à côté de la loquacité de l'aphasique (5). »

En résumé, le dément sénile n'est pas toujours un dément : ce n'est parfois qu'un aphasique. Les quelques considérations précédentes, touchant les rapports de l'aphasie avec la démence sénile, contribuent donc à restreindre, dans une certaine mesure, le cadre de cette dernière affection.

(1) Leslie Meacham. — Un cas de démence présénile avec symptômes d'aphasie. *New-York Neurological Society*, 5 Février 1907. *The Journal of nervous and mental Disease*, Septembre 1907, Page 602.

(2) Pierre Marie. — A propos d'un cas d'aphasie de Wernicke considéré par erreur comme un cas de démence sénile. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907. Pages 104-7.

(3) A. Vigouroux et Naudascher. — Un cas d'aphasie motrice avec autopsie. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, an. LXXXIII, n° 1, page 86, Janvier 1908.

C'est l'observation d'un dément sénile ayant présenté de l'aphasie motrice avec agraphie, sans cécité, ni surdité verbales.

(4) F. Moutier. — *Loco citato*. Observation XVI. Page 561 et suivantes.

(5) F. Moutier. — *Loco citato*. Page 564.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XXXV (Personnelle)

Sénilité. Apparence démentielle provoquée par l'amnésie verbale et la paraphasie.

Gr... Elisabeth, 79 ans, entre le 23 Octobre 1908 à l'Asile de Villejuif, dans le service du Dr M. Briand. Cette malade est hospitalisée à Ivry depuis le 26 Décembre 1901 et le Dr Souques, qui a demandé son admission dans une maison spéciale de santé, rédige le certificat suivant : « Démence sénile avec phénomènes d'excitation et d'agitation ; elle frappe, menace le personnel et les voisines. » Gr... présente des symptômes d'affaiblissement intellectuel indéniable : il n'est pas permis d'en douter, en raison de l'âge avancé de la malade. Celle-ci s'oriente avec difficulté dans le temps et dans l'espace, et sa conscience est fortement troublée. Il y a atteinte considérable des facultés mnésiques, surtout en ce qui concerne les faits récents. Les souvenirs anciens sont bien conservés et Gr... nous donne exactement son âge et la date de sa naissance. Les sentiments affectifs ne sont pas diminués. Le déficit intellectuel semble surtout résider dans le jugement et le raisonnement ; or, nous allons voir dans quelques instants, que, si ces diverses facultés semblent au premier abord profondément atteintes, cela tient aux troubles du langage, qu'un examen minutieux permet seul de déceler et qui exagèrent l'état démentiel, dans lequel la malade se trouve en réalité, mais à un degré beaucoup moindre qu'on ne pourrait le supposer.

Gr... porte le masque de la sénilité ; sa taille est courbée, ses mains tremblent, de nombreuses rides se dessinent sur son visage. On constate, d'autre part, une abolition complète des réflexes patellaires, un cercle cornéen (gerontoxon) très accusé aux deux yeux, et des artères athéromateuses.

A son arrivée dans le service, nous notons chez cette femme quelques vagues idées de persécution (des voisins lui en veulent), mais ce délire est fugace, transitoire et fort mal systématisé.

Les troubles de la parole, que nous avons signalés précédemment, consistent en un certain degré d'aphémie ou plutôt d'amnésie verbale, selon l'expression de Séglas ; en outre, les réponses sont le plus souvent incohérentes, n'ayant aucun rapport avec la question posée : c'est de la paraphasie.

Nous demandons à Gr... de nous donner le nom des différents objets, que nous lui présentons, et voici ce qu'elle nous répond :

Q. — Un encrier.

R. — C'est..... pour les écrivains..... (Finalement elle prononce le mot « encrier »).

Q. — Un porte-plume.

R. — Y a-t-il de l'eau qui coule ? C'est quelque chose dans lequel on met du liquide..... pour l'encrier (elle répète ce mot).

Q. — Un trousseau de clefs.

R. — Çà, c'est la boucle qui tient tout çà..... C'est un encrier (ce mot revient à plusieurs reprises. Véritable intoxication par le mot). C'est pour faire entrer dans..... Je ne sais quoi dire.

Q. — Une montre.

R. — Une montre.

Q. — Une règle.

R. — C'est pour dire que c'est pour tenir çà..... C'est bien la même chose, je ne puis pas le dire..... (au bout de quelques instants elle trouve le mot « règle »).

Q. — Un morceau de savon.

R. — Un morceau de..... pomme de terre..... pour se laver les mains.

Q. — De la craie bleue.

R. — On peut mettre autre chose de mieux que çà.

Q. — Un porte-monnaie.

R. — Du tabac ou de l'argent..... C'est de l'argent..... Ce sera peut-être pour la mère B... (c'est le nom de femme de la malade) .....Je n'ai jamais eu d'argent.

Q. — Un couteau.

R. — Un os, que je voudrais bien. C'est une petite affaire qui sert bien pour manger quelque chose.

Q. — Une bouteille.

R. — Pour boire.

Nous posons ensuite différentes questions à la malade ; voici ses réponses :

Q. — Où êtes-vous née ?

R. — Presque à côté de l'enfant Jésus. (Il s'agit très probablement de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Paris).

Q. — Comment s'appelle l'endroit où vous êtes ici ?

R. — Je ne sais pas ; on dirait cela plutôt bas.

Q. — Avez-vous des enfants ?

R. — Toute seule ; ils sont morts ; je devrais en avoir 4.

Q. — De quelle maladie sont morts vos enfants ?

R. — Les uns après les autres ; ils étaient beaux.

Q. — Etes-vous en bonne santé ?

R. — Pas trop ; je souffre sous la gorge. Que voulez-vous, il faut aller comme cela, puisque c'est cela que vous cherchez.

Q. — En quelle saison sommes-nous ?

R. — En 2 ou 3 semaines, toutes ces journées-là seront fermées.

Q. — Avez-vous chaud dans cette salle ?

R. — Mais oui, il fait assez bon.

Q. — Dormez-vous bien ?

R. — Non, non, pas beaucoup. Je suis obligée de gratter mon bras pour que ça s'en aille.

Q. — Comment se nomme le pays où vous êtes ici ?

R. — A Montoir..... 6 ou 8 lieues plus loin..... je l'arrose bien comme il faut.

Q. — Avez-vous bon appétit ?

R. — Oui, je mange bien.

Q. — Etes-vous contente d'être avec nous ?

R. — Oui, Monsieur, très contente..... je boirais bien un verre d'eau.

Q. — Quel jour êtes-vous arrivée ici ?

R. — Mercredi, Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche..... toujours.....

Q. — Les Infirmières vous plaisent-elles ?

R. — Il y en avait deux tout à l'heure. Elles sont assez gentilles.....

Elles doivent travailler beaucoup dans leur métier.

Q. — Savez-vous écrire ?

R. — Je ne savais pas mal, plus guère à présent.

Q. — Savez-vous lire ?

R. — Oui, très bien.

Q. — Savez-vous chanter ?

R. — Oui, un peu (elle chante).

Q. — Connaisez-vous l'hospice d'Ivry ? (La malade a séjourné dans cet établissement avant d'être à l'Asile).

R. — Oui, c'est ma première maison.

Il n'existe pas de surdité verbale en ce qui concerne les ordres simples, parfaitement compris :

— Fermez les yeux.

— Ouvrez la bouche.

La malade exécute d'une façon convenable ce que nous lui demandons de faire.

Toutefois, les ordres un peu complexes sont exécutés d'une manière imparfaite :

— Tirez la langue et pincez-vous les oreilles.

(La malade tire simplement la langue).

— Ouvrez la bouche et fermez les yeux.

(La malade se contente de fermer les yeux).

Gr... a-t-elle de la cécité verbale et de l'agraphie ?

Il n'est guère possible de s'en rendre compte, par suite de son âge avancé, mais il est probable que non ; elle nous affirme, d'autre part, avoir, dans sa jeunesse, fréquenté l'école, où elle était la première de sa classe. Sur notre invitation à écrire, la malade prend le porte-plume, épelle les lettres de son nom, qu'elle essaye de tracer sur le papier ; mais elle tremble trop pour y parvenir et doit, en conséquence, y renoncer.

Ajoutons qu'elle n'est pas sourde.

En résumé, ce qui frappe chez cette femme, c'est l'amnésie verbale et la paraphasie : elle cherche ses mots et prononce très souvent des phrases incohérentes. Devons-nous dire pour cela qu'elle soit complètement démente ? Assurément non, car si, chez elle, l'affaiblissement psychique, dû à l'involution sénile, est un fait indéniable, on ne peut mettre sur le compte de l'âge, des désordres mentaux relevant en réalité d'une tout autre cause.

Les troubles du langage, surajoutés aux perturbations qu'apporte la démence sénile, rendent très difficile l'appréciation de l'état mental de Gr... Si le jugement et le raisonnement paraissent profondément troublés, c'est que la malade est paraphasique et qu'elle trouve ses mots avec beaucoup de difficulté. En effet, quelques-unes de ses réponses sont exactes et dénotent même une certaine activité d'esprit, qui ne se rencontre guère chez les individus complètement déments. Le facies de cette femme est animé, la mimique intelligente et il y a tout lieu de supposer que son verbiage incohérent relève plus des troubles du langage, que du désordre de la pensée.

OBSERVATION XXXVI (Personnelle)

Sénilité. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Légère amnésie verbale, surdité verbale avec paraphasie, donnant à la malade un aspect démentiel beaucoup plus apparent que réel.

J... Marguerite, entre le 19 Décembre 1908, à l'Asile de Villejuif, (Service du Dr Marcel Briand) avec le diagnostic : « Affaiblissement des facultés intellectuelles ; idées vagues de persécution ; faiblesse musculaire. »

Antécédents personnels et héréditaires. — Inconnus, la malade ne recevant aucune visite et étant incapable de nous fournir le moindre renseignement, du fait de son incohérence verbale. Nous ignorons même son âge.

Etat physique actuel (Février 1909). — Apparence d'une octogénaire : facies sénile, canitie, rides frontales, gerontoxon bilatéral.

Absence de dents au maxillaire inférieur, déterminant une déformation du menton.

Exagération des réflexes patellaires, des deux côtés.

Réaction faible des pupilles, à la lumière et à l'accommodation.

Tremblement des mains très accusé.

Blépharo-conjonctivité de l'œil droit, en bonne voie de guérison.

Cicatrices d'ulcères variqueux aux deux jambes.

La malade n'*est pas sourde :* elle entend parfaitement le tic-tac d'un chronomètre qui se trouve à ses côtés.

Etat mental actuel (Février 1909). — Au premier aspect, J... semble complètement démente. Lui demandons-nous son âge, la date de sa naissance, l'endroit où elle se trouve : elle répond par des phrases inintelligibles, n'ayant aucun rapport avec les questions qui lui ont été posées. Son langage est incompréhensible. Les diverses facultés : mémoire, jugement, raisonnement, compréhension, paraissent profondément troublées.

Mais au milieu de ce désordre mental, la malade garde une physionomie vive et intelligente, ainsi qu'une attitude correcte, qui contrastent singulièrement avec l'incohérence de ses propos. Elle s'efforce de comprendre le sens de nos interrogations, et ne pouvant y parvenir, elle dispose, dans les gestes et dans l'expression du visage, d'une mimique à la fois riche et variée, qui nous renseigne sur l'état de ses sentiments intérieurs.

Etude du langage (Février 1909). — *Parole spontanée.* — J...

prononce, sans difficulté aucune, des paroles, le plus souvent dénuées de sens. Il faut une vive attention, pour arriver à saisir, dans son verbiage prolixe et incohérent, quelques mots en conformité réelle avec sa pensée. Cependant, si nous lui présentons quelques objets usuels, en lui demandant de nous les nommer, elle répond parfois d'une façon exacte ; parfois, au contraire, elle emploie une périphrase, mais dans tous les cas, on ne peut douter, qu'elle ne connaisse parfaitement l'usage de ces objets :

Q. — Une règle.
R. — Une règle.
Q. — Des allumettes.
R. — Pour allumer. (Comme je lui en présente deux, la malade ajoute : « Il ne faut pas en prendre deux »).
Q. — Une montre.
R. — Il est cinq. (Il est en effet 5 heures).
Q. — Des clefs.
R. — Çà sert à aller chez nous.
Q. — De la poudre à sécher l'encre.
R. — Pour prendre une prise (elle fait le geste de priser).
Q. — Un tablier.
R. — Un tablier.

On constate donc une légère *amnésie verbale*, en ce qui concerne les substantifs ; la malade ne semble pas avoir de cécité psychique.

Parole répétée. — Nulle.

Lecture. — J... comprend parfaitement les ordres graphiques et les exécute sur-le-champ ; elle *lit à haute voix* les phrases un peu longues, et fait signe qu'elle en saisit le sens. Nous plaçons devant elle le questionnaire suivant et voici ce qu'elle nous répond :

Q. — Vous appelez-vous Marguerite J... ?
R. — .....Oui .....Et puis, c'est le père, c'est l'enfant du père.....
Q. — Quel âge avez-vous ? (Elle lit correctement et à haute voix).
R. — On peut mettre tout ensemble..... vous le mettrez dans vos affaires.

Pas de cécité verbale, ni littérale ; elle lit à haute voix l'imprimé aussi bien que le manuscrit.

La lecture des nombres de deux ou trois chiffres est facile et s'exécute tout haut. Nous écrivons : 1000. La malade prononce : 100. Nous substituons alors les lettres aux chiffres et lui présentons le mot : mille. J... l'articule nettement, et nous fait signe qu'elle a compris.

Calcul. — Nul, la malade se contente de lire correctement les nombres, sans essayer d'effectuer les opérations.

Compréhension du langage parlé :

Q. — Comment vous appelez-vous ?

R. — Plait-il ? Vous n'en faites plus de ça.

Q. — Où êtes-vous née ?

R. — Cela sera comme vous voudrez.

Q. — Avez-vous des enfants ?

R. — C'est resté sur un « machin » comme ça. Comprenez-vous ?

Q. — Avez-vous bon appétit ?

R. — J'en avais aussi. Ah ! Qu'est-ce qui peut faire ça ?

Q. — Dormez-vous bien ?

R. — Oui. Vous le prendrez comme vous voudrez.

Ces quelques exemples, ainsi que les réponses précédentes données par la malade, suffisent à démontrer chez elle, l'existence d'une surdité verbale totale et d'une paraphasie, symptômes réalisant le tableau clinique de la démence incohérente

J... reconnaît la valeur des dessins et des symboles et peut lire l'heure exacte.

Ecriture. — Il est très difficile de savoir si l'écriture est conservée, car le tremblement des mains est tel, que la malade tient à peine un crayon entre ses doigts.

Intelligence. — Le déficit intellectuel semble considérable : nous l'avons dit plus haut. La conscience et la mémoire sont, en effet, profondément troublées et la malade ne peut faire le moindre calcul. Mais ce qui contribue surtout à fortifier le diagnostic, c'est une incohérence verbale si nette et si accusée, que Madame J... est prise, à première vue, pour une *démente globale.*

Or, si une diminution marquée de l'activité cérébrale est indéniable chez cette femme, nous ne pouvons attribuer le désordre de son langage, à une perturbation de ses facultés mentales. L'incohérence ne réside que dans la formule verbale de l'idée et non dans la pensée elle-même ; derrière cette incohérence réelle, il reste encore un fonds intellectuel, non pas pur, mais qui se dessine d'autant plus, que le sujet est mieux observé.

Si nous ne comprenons pas ce que dit la malade, tout au moins nous apercevons-nous, qu'elle veut dire quelque chose ayant une signification, mais son langage, qu'une paraphasie intense rend inintelligible, ne correspond plus à sa pensée. La mimique, nous l'avons précédemment noté, est très variée et bien appropriée aux idées que Madame J... désire exprimer. Souvent celle-ci, se rendant compte de son impuissance à se faire comprendre, tente de suppléer par la mimique à l'insuffisance de son langage.

Nous ajouterons qu'elle est polie, douce envers ses compagnes et qu'elle s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle.

Le jour venant à baisser assez vite, pendant l'interrogatoire que nous lui faisons subir, elle nous dit bientôt, en montrant du doigt la lampe à gaz de la salle : « Dès fois, comme çà, quand il ne fait plus clair..... »

Nous lui montrons alors une boite d'allumettes entièrement vide : « Si on en avait, on en prendrait, » répond-elle en riant.

En résumé, nous pouvons affirmer que, malgré son grand âge, Madame J... présente un déficit intellectuel beaucoup plus apparent que réel ; l'erreur provient de ce fait, que la surdité verbale et la paraphasie étant des plus accusées chez la malade, il est facile de se méprendre sur l'état mental de cette dernière.

OBSERVATION XXXVII (Personnelle)

Affaiblissement des facultés intellectuelles avec amnésie verbale et paraphasie chez une femme de 87 ans. Autopsie : pachyméningite hémorragique (hématome de la dure-mère).

R... Jeanne, 87 ans, entre à l'Asile de Villejuif, le 15 Octobre 1908, dans le service du Dr Marcel Briand ; elle vient de Sainte-Anne, avec le diagnostic : « Démence sénile, turbulence, gémissements, gâtisme. »

Antécédents Personnels. — Malade depuis 1900 : à cette époque, apparurent des idées de persécution assez nombreuses, à la suite d'un vol dont elle avait été victime. N'a jamais souffert d'aucune affection organique ; n'a jamais contracté la syphilis.

En 1904, sa famille remarque qu'elle présente des troubles de la parole : elle ne trouve pas ses mots et prononce souvent des phrases incohérentes. Elle entre à l'hospice des Incurables d'Ivry. A partir de ce moment, son niveau intellectuel baisse, au dire de ses parents, d'une façon progressive : la lecture devient difficile et Madame R... comprend mal les questions qui lui sont posées.

Mari décédé à l'âge de 60 ans, d'une affection vésicale.

Deux enfants morts en bas âge.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Etat physique. — Très robuste malgré son grand âge (87 ans).

Aspect sénile : rides frontales, gérontoxon bilatéral, exagération des réflexes patellaires.

Pupilles normales. — Gâtisme.

Etat mental (Octobre 1908). — La malade est turbulente ; ses réponses sont inintelligibles. Les diverses facultés intellectuelles, conscience, mémoire, jugement, raisonnement, compréhension, paraissent profondément troublées. Elle déclare s'appeler R..., parce que R... est le nom de son fils.

Le diagnostic d'affaiblissement démentiel global ne semble donc pas douteux.

Etude du langage (Octobre 1908). — *Parole spontanée.* — Facile, tous les mots étant prononcés, mais paraphasie intense qui se traduit par une incohérence verbale des plus manifestes. Nous devons noter également un certain degré d'amnésie verbale, la malade ne trouvant pas toujours le substantif approprié.

Parole répétée. — A peu près normale.

Lecture. — Madame R... lit correctement l'imprimé et le manuscrit ; la *lecture mentale* n'est pas altérée ; la *lecture à haute voix* présente les mêmes troubles paraphasiques que la parole spontanée. Il n'y a pas d'alexie en ce qui concerne la *lecture des chiffres et des nombres.*

Surdité verbale. — La malade comprend sans hésitation les ordres simples ; les phrases longues sont saisies avec beaucoup plus de difficulté.

Il semble n'y avoir pas trace de *cécité psychique :* à défaut d'être nommés, les objets sont parfaitement reconnus. Il en est de même pour les *dessins et les symboles.*

Calcul. — Nul.

Ecriture. — Le tremblement sénile empêche de constater la présence ou l'absence d'agraphie.

Intelligence. — Il serait puéril de nier l'existence d'un déficit intellectuel considérable ; mais devons-nous pour cela affirmer, que cette femme est affaiblie dans *toutes ses facultés,* ainsi qu'un examen succinct pourrait le faire supposer ? En d'autres termes, la démence est-elle globale ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative, car les troubles du langage, qui peuvent passer inaperçus à l'observateur le plus consciencieux, contribuent, dans la plus large mesure, à égarer le diagnostic et à laisser supposer une perte absolue de toute activité psychique, dont, en réalité, la malade est loin d'être complètement dépourvue.

R... Jeanne succombe dans le courant de Février 1909.

L'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, apporte pleine et entière confirmation à notre manière de voir.

A l'ouverture du crâne, on trouve, en effet, sous la dure-mère et se moulant sur la face externe de l'*hémisphère gauche,* une

collection sanguine enkystée *(hématome de la dure-mère)*, pouvant s'énucléer avec facilité ; cette poche, allongée dans le sens antéro-postérieur, du pôle frontal au pôle occipital, large de 0,05 centimètres environ, exerce une compression très marquée sur les circonvolutions voisines de la scissure de Sylvius *(zone de Wernicke)* et sur la moitié inférieure du lobe frontal ; à ce niveau, la surface de l'hémisphère est aplatie, complètement déformée et présente, en outre, quelques foyers blanchâtres de ramollissement superficiel. La tumeur liquide contient des caillots cruoriques volumineux, mélangés à du sang noir épanché (pachyméningite hémorragique) ; son poids total est de 155 grammes.

Un hématome semblable, mais d'un volume beaucoup moindre (Poids = 35 gr.), recouvre de la même façon les circonvolutions moyennes de la face externe de l'*hémisphère droit*, sans que celles-ci soient aussi fortement comprimées par la collection sanguine épanchée à leur surface.

Les coupes pratiquées dans l'intérieur de la substance cérébrale n'ont rien fait découvrir de particulièrement intéressant.

OBSERVATION XXXVIII (Personnelle)

Amnésie verbale et paraphasie chez une femme de 73 ans, démente en apparence. Disparition presque totale des troubles aphasiques.

P... Henriette, 73 ans, semble en état complet de démence, lorsqu'elle entre dans le service, le 26 Octobre 1908. Elle répond par des paroles incohérentes aux questions qu'on lui adresse, prononce des phrases inintelligibles et n'est capable de fournir aucun renseignement sur sa vie passée.

Petite et courbée sous le poids des ans, la malade présente des signes nombreux de sénilité : canitie, gerontoxon, rides frontales, absence de dents aux maxillaires, tremblement des mains, etc. L'examen somatique permet, en outre, de constater du myosis et une légère diminution des réflexes patellaires.

Si cette femme est véritablement amoindrie dans ses facultés intellectuelles, ses gestes, son attitude, sa mimique, sont, au contraire, en complet désaccord avec l'incohérence verbale qu'elle manifeste. La malade accomplit des actes sensés et derrière l'absurdité des propos, se cache une pensée correcte. La physionomie expressive, le regard vif et malicieux, la tenue irréprochable, viennent apporter la certitude que toute activi-

té cérébrale n'est pas entièrement disparue. Lorsqu'on interroge un peu longuement Madame P..., on s'aperçoit bien vite, que ces troubles pseudo-démentiels ressortissent au désordre du langage et non au désordre de l'intelligence. C'est qu'en effet, la malade présente de l'amnésie verbale et de la paraphasie : elle trouve, avec difficulté, le nom des objets, qu'on lui met sous les yeux, et prononce le plus souvent un mot pour un autre. Elle comprend immédiatement tout ce qu'on lui dit et ne paraît pas avoir de surdité verbale. Henriette est illettrée ; elle ne sait ni lire, ni écrire ; aussi, est-il impossible de se rendre compte des troubles de la lecture mentale et de l'écriture, qui peuvent exister chez elle.

Examen du 25 Février 1909. — L'amnésie verbale et la paraphasie ont presque complètement disparu. La malade reconnaît et nomme, sans se tromper, les objets usuels. Toutefois elle dit encore :

D. — *On lui présente un porte-plume.*
R. — Une allumette.
D. — *On lui présente des épingles.*
R. — Des cuillers.
D. — *On lui présente un couteau.*
R. — Un crochet.

Madame P... parle très bien, sans aucune hésitation. Elle fait des phrases longues et régulièrement construites. La parole spontanée est correcte. La malade épelle les mots, qu'elle s'efforce en vain de lire et qu'elle ne comprend pas, par suite de son manque d'instruction. Elle converse, d'une façon fort intelligente, avec les personnes qui se trouvent auprès d'elle, et rend des services appréciés dans le quartier où elle se trouve. Elle effectue des opérations d'arithmétique assez simples et connaît la valeur exacte des dessins et des pièces de monnaie. L'incohérence verbale ayant fait place à un langage intelligible, Henriette n'a plus l'apparence d'une démente : rien ne vient gêner maintenant le libre exercice de ses facultés mentales et elle fait preuve, semble-t-il, d'une certaine activité d'esprit. Il faut noter, toutefois, que les facultés mnésiques sont chez elle profondément troublées : l'amnésie porte également sur les souvenirs anciens et sur les faits récents.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

Jargonaphasie, sans aphasie d'intonation. Paraphasie. Apparence démentielle chez un sujet de 84 ans relativement intelligent. (Ed. Brissaud. *Société de Neurologie.* Séance du 4 juillet 1901).

Vieillard de 84 ans, atteint de paralysie agitante.

Il présente une surdité verbale complète, et parle en revanche sans se faire prier, mais son langage est incompréhensible. Le verbiage incohérent qu'il fait entendre, plaide en faveur d'une jargonaphasie manifeste. Toutefois « les intonations dont il dis-« pose sont très variées, et si l'on ne peut dire qu'elles soient « intelligibles, on ne saurait les qualifier d'inintelligentes : tan-« tôt emphatiques et solennelles, tantôt bienveillantes, insinuan-« tes, souvent malicieuses, elles s'accordent merveilleusement « avec les jeux de physionomie les plus vifs et les plus natu-« rels. »

Il ne comprend pas les questions les plus simples, mais il se rend compte qu'on lui adresse des questions ; il a conservé la notion très précise de l'usage des objets (table, chaise, assiette, verre, cuiller).

Ce vieillard « ne commet aucune de ces méprises dont les dé-« ments sont coutumiers ; il dispose avec soin ses draps, bou-« tonne les manches et le col de sa chemise ; il est propre : « lorsqu'il éprouve un besoin, il interpelle le garçon de salle, « toujours dans le même langage, mais avec des intonations « plus pressantes et parfaitement significatives. S'il n'a pas per-« du la compréhension de la « valeur psychique » des objets, « il ne sait plus lire, ni écrire. »

La cécité verbale s'accompagne d'hémianopsie droite.

Au bout de quelques semaines, le langage du malade se modifie, tout en restant absolument incompréhensible : à la jargonaphasie succède la paraphasie.

« Au premier abord, on serait tenté de croire que ce vieillard « est un dément, dont le « bafouillage » correspondrait à un « délire confus.

« De fait, on observe des troubles analogues dans la démen-« ce sénile. Mais plusieurs raisons doivent faire écarter immé-« diatement cette hypothèse. D'abord, il est notoire que l'apha-« sie dont il s'agit (et la forme en importe peu) a débuté brus-« quement, comme toute aphasie produite par une soudaine is-« chémie artérielle. en second lieu, la vivacité si expressive de « la physionomie, l'animation du geste, la tenue irréprochable du « malade, sa propreté parfaite, son urbanité, son amabilité mê-

« me ne sont guère compatibles avec la véritable démence. Rien « ne permet de supposer — encore que la chose ne soit pas im- « possible — la fantaisie d'un langage inventé de toutes pièces, « inspiré par des idées délirantes. Pas une seule fois depuis « un mois, on n'a surpris le moindre indice de délire.

« A part le trouble du langage, tout a été absolument correct « dans la conduite et l'attitude du malade. Enfin, une dernière « raison à invoquer en faveur d'un accident indépendant de la « démence sénile, est la suivante : la perturbation du langage « (y compris la cécité verbale accompagnée d'hémiopie) s'est « manifestée *subitement ;* et du premier coup, elle a atteint « son maximum d'intensité. Rien ne l'a préparée. Puis, dans « l'espace d'un mois, la faculté d'*articulation* a été recouvrée « à peu près intégralement. Nous ne parlons que de l'*articula- « tion* des mots et non pas de leur *adaptation aux idées.* Assuré- « ment c'est là, au point de vue pratique de l'usage de la parole, « un assez maigre résultat. Il n'en est pas moins vrai que c'est « un immense progrès au point de vue *physiologique* ou *fonc- « tionnel.* Si le malade n'a pas reconquis la notion du sens des « mots, il a du moins reconquis la notion phonétique des mots « eux-mêmes, puisqu'il sait maintenant évoquer et solliciter, « quoique mal à propos, les *images motrices* des mots eux- « mêmes. Encore une fois, ce n'est plus qu'un paraphasique. « De plus, il n'a jamais oublié la *musique* du langage spontané.

« Il n'en a oublié que les paroles. Le malheur est que celles, « dont il se sert à présent, bien qu'il n'en ait pas oublié l'air, ne « permettent plus de reconnaître la chanson. »

II. — Aphasie et Paralysie générale

Les neuropathologistes s'accordent, à l'heure actuelle, pour admettre que l'aphasie et la démence paralytique sont unies l'une à l'autre par des rapports étroits.

Sans parler des cas assez fréquents dans lesquels les deux syndromes coexistent, la ressemblance entre ces deux affections est parfois très grande, partant, le diagnostic des plus malaisés. Occupons-nous tout d'abord de cette analogie dans les symptômes, après quoi nous étudierons les relations proprement dites qu'affectent entre elles l'aphasie et la maladie de Bayle.

Certains sujets, atteints de cécité verbale, peuvent être confondus avec des paralytiques généraux qui présentent des troubles de la lecture. L'erreur est parfaitement légitime ; elle vient de ce que ces troubles relèvent, en réalité, d'une *paraléxie spéciale*, surajoutée à la dysarthrie du paralytique : celui-ci brode, fait des variantes sur le texte qui lui est soumis, substitue des mots dépourvus de sens aux mots corrects, alors même qu'il comprend la valeur des caractères graphiques.

L'apparence est encore plus trompeuse lorsque la cécité verbale se complique de surdité verbale : aussi, n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que, en pareille circonstance, l'aphasique soit pris pour un véritable dément.

Si l'on songe à la physionomie inexpressive du paralytique, si l'on considère la vivacité, la malice et l'intelligence du regard chez l'aphasique, le diagnostic entre ces deux malades devient des plus faciles.

La méningo-encéphalite diffuse peut venir compliquer le tableau clinique de l'aphasie, mais c'est là un fait qui a la valeur d'une rareté pathologique et dont l'observation passe généralement inaperçue ; voici dans quelles circonstances il se produit : un sujet syphilitique, par exemple, est frappé de ramollissement cérébral dans le territoire de la Sylvienne gauche, lorsque, plusieurs années après l'ictus qui a marqué le début de la maladie, le processus morbide de la paralysie générale se manifeste.

En regard de ces cas tout à fait exceptionnels, il existe,

dans la littérature médicale, des exemples nombreux de paralysies générales, au cours desquelles surviennent des troubles d'aphasie motrice ou sensorielle, dus soit à des foyers de ramollissement (1), soit, le plus souvent, à des lésions localisées de méningo-encéphalite sur tel ou tel centre du langage.

Les ictus aphasiques entrent dans les phénomènes prodromiques de la maladie de Bayle : ils apparaissent tantôt seuls, sans paralysie des membres, sans apoplexie ; tantôt, au contraire, ils sont accompagnés d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes. Ces aphasies du début, essentiellement transitoires, passagères et récidivantes, sont presque toujours motrices, rarement sensorielles.

A une période plus avancée de l'affection, l'aphasie transitoire peut être remplacée par une aphasie permanente et durable, qui évolue alors comme un symptôme indépendant de la paralysie générale ; la répétition des ictus agit de la même façon, mais c'est surtout d'une manière lente et progressive que s'effectue la destruction des centres verbaux, moteur ou sensoriel, chez le dément paralytique.

La prédominance des lésions au niveau de la zone du langage a conduit certains auteurs à décrire une « *forme aphasique* » de la paralysie générale.

Dans cette variété « *atypique* » de la méningo-encéphalite diffuse (2), l'aphasie affecte soit la *modalité sensorielle*, soit la *modalité motrice*. Sérieux (3) et Joffroy (4) ont publié des cas intéressants de surdité verbale pure ; Gilbert Ballet (5) a rapporté l'observation d'un paralytique général

(1) L'athéromasie et la syphilis cérébrales doivent être incriminées, comme étant les causes les plus fréquentes de ce ramollissement chez les paralytiques généraux.

(2) Constantza Pascal. — *Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique) ou prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses.* Thèse de Paris 1905. Jules Rousset, Editeur.

(3) P. Sérieux. — Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *Société de Neurologie ;* séance du 8 Mars 1900.

(4) A. Joffroy. — Surdité verbale chez un paralytique général. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.* Pages 863 et suiv. 1902.

(5) Gilbert Ballet. — Un cas d'aphasie motrice pure chez un paralytique général. *Société de Neurologie ;* séance du 5 avril 1900.

atteint d'aphasie motrice pure, sans agraphie. Parfois le processus diffus concentre son action nocive sur toute la sphère du langage, déterminant ainsi l'apparition d'une aphasie totale (Observation LI, Thèse Pascal).

Suivant que la lésion détruit le centre des images motrices d'articulation (région antérieure de la zone du langage), ou l'un des deux centres — souvent les deux à la fois — réservés aux images auditives et visuelles des mots (région postérieure de cette zone), on se trouve en présence de formes à prédominance motrice ou sensorielle. Dans la première, l'aphémie est le symptôme clinique dominant : les phénomènes hallucinatoires (hallucinations motrices verbales) liés à l'excitation de la Troisième Frontale, y sont d'une extrême rareté (1), contrairement à ce qu'on observe d'une façon presque constante, dans la variété sensorielle de la maladie. Cette forme est, en effet, caractérisée par la prédominance des troubles sensoriels et des troubles de la sphère du langage, ainsi que l'ont montré MM. Sérieux et Mignot (*Paralysie générale à forme sensorielle* de ces auteurs). La même lésion portant sur la zone de Wernicke peut produire simultanément ou bien successivement des phénomènes d'irritation (hallucinations de l'ouïe, de la vue) et des phénomènes d'épuisement (surdité, cécité verbales, hémianopsie). Les variations du processus de la méningo-encéphalite expliquent chez le malade de Sérieux (voir plus loin observation XLIII), l'alternance constatée entre les symptômes d'excitation (hallucinations de l'ouïe) et les phénomènes de déficit (surdité verbale) (2).

« Cette association morbide de l'aphasie et de la paraly-
« sie générale crée un syndrome mixte qui rend l'analyse
« psychologique et l'appréciation exacte du déficit intellec-
« tuel extrêmement délicates (3). »

(1) P. Sérieux a publié un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, Juin 1894. Voir *Archives de Neurologie*, 1894-2, P. 412 et 413).

(2) P. Sérieux et R. Mignot. — Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle, chez un paralytique général. Lésions circonscrites de méningo-encéphalite. *Société de Neurologie ;* séance du 17 Avril 1902. (*Revue Neurologique*, 1902. Pages 347 et suivantes).

(3) Constantza Pascal. — *Loco citato.* Page 197.

Dans ces conditions, on comprend aisément combien il est difficile d'attribuer à chacune des deux affections, les désordres mentaux qui s'y rattachent. Si l'aphasie motrice n'abolit pas complètement la faculté du langage parlé, il n'en persiste pas moins, chez le dément paralytique, une certaine gêne dans l'élocution, tout à fait distincte de l'aphémie, *tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique*. L'aphasie motrice se surajoute à la dysarthrie, elle ne la complique pas ; c'est, en somme, un *épiphénomène* dans l'évolution de la paralysie générale, et non le dernier degré de l'embarras de la parole, ainsi que le voudrait Billod.

Les altérations de la zone de Wernicke, qui déterminent l'aphasie sensorielle, aggravent dans des proportions notables l'apparence démentielle du sujet : celui-ci ne conserve le plus souvent à sa disposition qu'un vocabulaire très restreint ; privé de tout commerce avec ses semblables, il est dans l'impossibilité absolue de se faire comprendre, de même qu'il ne peut saisir le sens de la parole ou de l'écriture.

Dans tous ces cas, la localisation du processus morbide au niveau de la zone du langage, conditionne l'aphasie ; seules, les lésions diffuses de l'écorce expliquent la démence.

« Pour interroger l'état mental de ces paralytiques aphasiques, nous n'avons plus d'autre moyen que d'analyser « l'expression du visage, l'habitus, les gestes et l'allure, de « faire, en un mot, l'examen détaillé de leur conduite ; « mais ce qu'il faut surtout rechercher, ce sont les commémoratifs.

« L'expression du visage est quelquefois utile ; certains « malades gardent un masque impassible, d'autres savent « imprimer à leurs traits cette euphorie béate de leur vie « intime ; ainsi, le malade de Billod avait gardé, jusqu'à « la fin, une expression de contentement et diverses manifestations avaient pour objet l'affirmation mimée de sa « force musculaire ; il aimait à montrer ses bras et sa physionomie exprimait alors un redoublement de satisfaction (1).

(1) Ce malade avait été frappé d'aphasie motrice complète, au cours d'une paralysie générale.

« L'étude de leur vie réflexe et automatique, l'examen « somatique complet, l'inégalité pupillaire, le tremble- « ment, les troubles trophiques peuvent venir nous aider « à dépister cet état mental, masqué par l'aphasie.

« Mais, comme nous l'avons dit, les commémoratifs sont « de haute importance diagnostique ; car cette aphasie, « durable ou permanente, n'est pas un phénomène du dé- « but, elle s'installe après une période assez longue, où le « malade a déjà franchi une étape de démence et de déli- « re (1). »

Toulouse et Marchand (2) ont observé la coexistence de trois états pathologiques dissemblables chez une femme de 72 ans ; celle-ci présentait à la fois des symptômes de paralysie générale, de sénilité et d'aphasie (motrice et sensorielle).

En présence d'une telle association d'altérations morbides, il est facile de se rendre compte des difficultés inhérentes à l'appréciation des fonctions intellectuelles du sujet.

(1) Constantza Pascal. — *Loco citato.* Pages 203 et 204.

(2) Toulouse et Marchand. — Observation de Paralysie générale sénile. *Société médico-psychologique* (Séance du 27 juillet 1903).

OBSERVATIONS

OBSERVATION XL

Paralysie générale avec aphasie motrice et légère paraphasie (aphasie incohérente). Paralysie faciale droite. Encéphalite chronique interstitielle diffuse, plus accusée sur l'hémisphère gauche et principalement au niveau de la 3e frontale et des circonvolutions commissurales sylviennes. (MAGNAN. *Société de Biologie.* 8 novembre 1879).

D..., Léontine, âgée de 37 ans, cuisinière, entre à St-Anne, le 16 Novembre 1878. Cette malade avait depuis longtemps contracté des habitudes alcooliques et à plusieurs reprises avait été trouvée couchée sur le carreau de la cuisine, dans un état complet d'ivresse. Depuis plusieurs mois, ses facultés s'affaiblissaient, elle ne pouvait plus s'occuper de son ménage.

A son arrivée, l'intelligence paraît très affaiblie ; elle écoute, quand on lui parle, paraît comprendre quelques questions, mais ne répond que par des mots incohérents, n'ayant entre eux aucune liaison : « ce n'est rien, de rien, que rien, je n'ai que ça » et répète fréquemment ce dernier membre de phrase « je n'ai que ca ». Quelquefois elle prononce, avec des intonations variées comme dans une conversation, des séries de mots n'ayant aucun sens: « je ferai du chrétien, du son, des saints, c'est une femme, ce sont des salons, c'est rien des personnes, je sais que mariée, deux trois sous, c'est pour ça, plus rien. » Par moments, elle s'impatiente en parlant, d'autres fois, elle sourit et fait des signes, indiquant qu'elle ne peut pas s'expliquer ; toutefois, plutôt apathique qu'active, elle est loin de présenter la mimique expressive des aphasiques simples. La parole est hésitante, la pupille gauche est plus large, la commissure droite est légèrement abaissée ; toutefois, le bras et la jambe du côté droit ne paraissent pas plus faibles qu'à gauche.

Pendant 10 mois, l'intelligence baisse légèrement, mais l'état

physique n'est pas sensiblement modifié. A plusieurs reprises, la malade s'excite, pousse des cris, paraît hallucinée et devient violente contre son entourage ; toutefois, ces phases aiguës sont de très courte durée et D... reprend bientôt son calme habituel.

Le 2 Septembre 1879, elle est frappée d'une attaque apoplectiforme ; elle reste dans le coma. Ses membres, en résolution complète, retombent comme une masse ; elle sent un peu les pincements sur les bras et les jambes.

Le même état comateux persiste pendant plusieurs jours avec température très élevée ; la mort survient le 5 Septembre.

L'autopsie confirme le diagnostic de paralysie générale ; en outre, les lésions d'encéphalite chronique interstitielle diffuse sont beaucoup plus accentuées au niveau de la 3e circonvolution frontale gauche et des circonvolutions qui entourent la scissure de Sylvius.

OBSERVATION XLI

Aphasie sensorielle (surdité et cécité verbales) chez un dément paralytique. Léger degré d'aphasie motrice. Autopsie : Méningo-encéphalite diffuse plus accusée sur l'hémisphère gauche et principalement au niveau de la circonvolution de Broca et du pli courbe où les lésions prédominent. (Observation LVI. Thèse Mlle Pascal. D'après Vigouroux).

« Cora..., 40 ans, charretier, entré le 1er Mars 1902, mort le 22 Juillet 1902.

Durée du séjour : cinq mois.

Antécédents Héréditaires. — Trois enfants, de 18 ans, 12 ans et 4 ans, bien portants.

Dans un premier mariage, sa femme a fait six fausses couches et a perdu sept enfants en bas âge.

Antécédents Personnels. — Fort travailleur, faisait usage de boissons alcooliques.

Il y a un an, premier ictus épileptiforme, après lequel il reste un mois sans travailler. Crampes dans les jambes, douleurs lancinantes, pituites.

Depuis l'ictus, la mémoire a baissé et le caractère s'est modifié, a pu pourtant travailler. Quinze jours avant son entrée, nouvel ictus pendant qu'il conduisait ses chevaux.

Conduit à l'hôpital, il ne reconnaît pas sa femme et veut toujours se sauver.

Le Dr Gaillard porte le diagnostic de *delirium tremens*.

A Sainte-Anne, le Dr Magnan porte celui d'alcoolisme chronique avec accès subaigu.

A son entrée, il présentait de l'affaiblissement intellectuel avec euphorie et inconscience de son état. Inégalité pupillaire, abolition des réflexes pupillaires. Embarras de la parole, tremblement de la langue. Le réflexe rotulien gauche est aboli, le droit est à peine sensible, le réflexe plantaire est en flexion, le réflexe crémastérien faible, mais conservé, tremblement des mains, foie gros, artères athéromateuses.

L'excitation du début fit place à de la démence avec euphorie très nette.

Le 16 Mai, il eut un ictus épileptiforme avec prédominance des convulsions à droite, à la suite duquel il présente de l'hémiparésie droite et de la jargonaphasie. Le réflexe plantaire gauche est en flexion, le droit est nul.

Il reste plutôt maladroit que faible de son côté droit.

Le 2 Juillet, nouvelle attaque avec convulsion du côté droit. Il présente de la surdité et de la cécité verbales et un certain degré d'aphasie motrice.

Il reconnaît les objets, mais ne peut les nommer ; tantôt, il répète un mot sans aucun sens « perikète » tantôt, le nom d'un objet qu'on vient de lui nommer « clef » (intoxication par le mot).

Il est toujours maladroit du côté droit ; la force musculaire est conservée, mais il ne peut se servir de sa main pour tenir sa cuiller. Il est dément et manifeste par sa mimique une euphorie bruyante et puérile.

Les troubles du langage ne sont pas constants et s'amendent. 19 Juillet : nouvel ictus épileptiforme avec convulsions du côté gauche ; mort.

OBSERVATION XLII (résumée)

Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. Autopsie : Lésion circonscrite, véritable foyer de méningo-encéphalite, au niveau du 1/3 moyen de la 1re circonvolution temporale gauche. (P. Sérieux. Communication à la *Société de Neurologie*. 8 mars 1900).

Malade âgé de 43 ans, qui présente les signes les plus nets de paralysie générale, et qui, peu de mois après son entrée, sort de l'Asile en état de rémission.

Attaques apoplectiformes et le malade entre pour la seconde fois dans le service, où l'on constate l'existence d'une surdité verbale très accusée.

Le trouble de la compréhension du langage parlé se prolonge, sans modifications appréciables, pendant plus de 4 mois, jusqu'à la mort ; il n'existe pas trace de cécité verbale, ni d'agraphie. Les réponses du malade sont généralement incorrectes : il peut dénommer certains objets qu'on lui désigne, mais son vocabulaire est restreint.

L'intelligence est suffisamment conservée pour que les divers troubles observés ne puissent être attribués qu'à la surdité verbale. Il n'existe pas d'idées délirantes.

Mort après une série d'attaques épileptiformes.

OBSERVATION XLII *bis* (résumée)

Paralysie générale à forme sensorielle. (A. Vigouroux. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale.* N° 2, février 1909).

Cette observation relate un cas typique d'aphasie sensorielle, avec prédominance marquée de surdité verbale, chez une paralytique général.

Pendant la vie du malade, l'auteur hésitait beaucoup entre le diagnostic d'affaiblissement intellectuel avec lésion circonscrite du cerveau et celui de paralysie générale.

OBSERVATION XLIII

Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général. Lésions circonscrites de méningo-encéphalite, surtout accusées au niveau du 1/3 postérieur de la 1re temporale et de la circonvolution supra-marginale gauches. (P. Sérieux et R. Mignot. *Société de Neurologie.* 17 avril 1902, page 347 et suivantes).

Chez un paralytique général, âgé de 41 ans, au cours d'un délire très actif, à base d'hallucinations de l'ouïe, qui dura plus de dix-huit mois, on vit survenir, à diverses reprises, des ictus épileptiformes et, consécutivement à ces ictus, des manifesta-

tions qui formaient la contre-partie des troubles sensoriels auditifs habituels : aux phénomènes d'excitation (hallucinations de l'ouïe) succédaient brusquement des symptômes de déficit (surdité verbale). Les deux premiers accès furent caractérisés par une surdité corticale complète, suivie ensuite de surdité verbale pure. Ce dernier trouble ne dura que deux jours, puis l'audition verbale revint progressivement. Dans les deux derniers accès, les troubles de la sphère du langage réalisèrent le tableau de l'aphasie sensorielle : la surdité verbale restait le symptôme prédominant, mais elle s'accompagnait de paraphasie intense, de jargonaphasie, de cécité verbale. Ces accès, comme les précédents, ne durèrent pas plus d'une huitaine de jours : la cécité verbale et les troubles paraphasiques régressèrent rapidement et en dernier lieu, la surdité verbale disparut.

A l'autopsie, l'hémisphère gauche, outre quelques exulcérations discrètes et peu profondes des régions frontale et temporale, présente une plaque de méningo-encéphalite d'intensité exceptionnelle, véritable lésion en foyer, intéressant le centre de l'audition (tiers postérieur de la première temporale et circonvolution supra-marginale). A ce niveau, la lésion gagne en profondeur jusqu'à la substance blanche : l'enlèvement de la pie-mère détermine la séparation complète de l'écorce et de la substance blanche (altération de Baillarger). Lésions à peu près symétriques, mais plus superficielles, dans le lobe temporal droit. L'examen histologique confirme le diagnostic de paralysie générale.

Cette topographie de la lésion est d'accord avec ce que l'on sait sur la localisation du centre de l'audition. Les variations du processus de la méningo-encéphalite expliquent l'alternance constatée entre les symptômes d'excitation (hallucinations de l'ouïe), qui étaient presque permanents et très accentués, et les phénomènes de déficit (surdité verbale) qui survenaient par accès.

Ces deux catégories de manifestations, diamétralement opposées, étaient évidemment liées à l'influence, tantôt irritative, tantôt inhibitrice, de la lésion en foyer du centre de l'audition.

OBSERVATION XLIV (résumée d'après Mlle Pascal)

Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. Autopsie : Lésions de méningo-encéphalite, intéressant particulièrement le pied de la 3e frontale et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. (Sérieux. *Bulletin de la Société de Médec. ment.* de Belgique. Juin 1894).

(Voir *Archives de Neurologie,* 1894 — 2, p. 412 et 13).

« *Résumé.* — Observation d'une femme atteinte de paralysie générale qui, au cours d'une période de rémission, présenta des hallucinations motrices verbales. Ces hallucinations, qui durèrent pendant plus d'une année, coïncidèrent toujours avec des spasmes des muscles masticateurs et devinrent le point de départ d'un véritable délire de persécution, mais sans systématisation. Plus tard, survinrent des hallucinations visuelles, auditives, gustatives, etc.

A l'autopsie, on trouva des lésions de méningo-encéphalite dispersées symétriquement dans les deux hémisphères, mais n'intéressant que le pied de la troisième frontale (centre moteur verbal) et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante (centre masticateur).

L'auteur signale, en terminant, la variété extrême des accès délirants que l'on peut rencontrer dans la paralysie générale : les uns greffés sur la démence paralytique (accès maniaques, mélancoliques, idées de grandeur et hypocondriaques), les autres provoqués par les hallucinations motrices verbales (délire de persécution), ou par l'ensemble confus d'hallucinations de tous les sens (état de confusion ayant quelque analogie avec le délire hallucinatoire aigu). »

CHAPITRE III

Aphasie et Folie

I. — L'Aphasie vient compliquer un état délirant antérieur

Lorsque l'aphasie apparaît au cours d'une psychose, il convient d'incriminer comme cause déterminante des troubles du langage, une ou plusieurs lésions circonscrites de la corticalité.

Ces altérations des zones — motrice ou sensorielle — verbales ne sont nullement en rapport avec l'affection vésanique préexistante, dont elles restent, pendant toute la durée du désordre mental, en complète indépendance : il semble, en effet, logique de penser à une coïncidence, plutôt qu'à une complication véritable, la nature de ces deux états morbides étant, dans la plupart des cas, essentiellement différente.

Sur les 6 observations que nous rapportons à la fin de ce chapitre, 5 ont trait à des vésaniques, qui, tout à coup et sans raison appréciable (sauf en ce qui concerne la malade Louise R...), ont été frappés d'aphasie. Nous avons noté 4 fois le délire de persécution et 1 fois seulement le délire mélancolique ; chez 2 sujets, l'aphémie, chez 3 autres, la surdi-cécité verbale, sont venus, à un moment donné, s'ajouter au tableau clinique. Dans tous ces exemples, l'ar-

tério-sclérose, la syphilis, les traumatismes crâniens doivent être rendus responsables des troubles du langage et non la vésanie antérieure, qui n'est pour rien dans leur genèse.

La lésion des centres verbaux ne porte souvent « nulle « atteinte à l'échafaudage du délire, qui reste solidement « établi sur ses premières assises (1). » Le persécuté de Garnier (Observation XLVII) nous en fournit la preuve : devenu aphasique, cet individu se rend compte de la perturbation apportée dans son langage et conséquent, d'ailleurs, avec les idées délirantes qu'il manifeste, a l'intime conviction qu'un tel trouble (l'aphasie de Wernicke) est le résultat de manœuvres exercées sur lui par des hommes de science.

Le diagnostic des troubles aphasiques chez un aliéné ne laisse pas d'être parfois fort embarrassant ; c'est ainsi que le malade, obéissant à une voix impérative qui lui défend de parler, peut ne proférer aucun mot, aucun son, ne faire aucun geste et garder un silence obstiné pendant des jours, des semaines, des mois. Comment, dans ces conditions, ne pas méconnaître les altérations du langage qui se cachent sous un mutisme presque absolu ? Dans quelques circonstances mêmes, les troubles psychopathiques passent inaperçus, par suite de l'obligation dans laquelle se trouve le malheureux aphasique de dissimuler son délire.

Dans son livre (2), Seglas insiste sur les difficultés du diagnostic, surtout lorsqu'on est en présence de cas complexes et déclare qu'il est bien difficile de faire la part de ce qui revient à chacune des deux affections. A l'appui de sa manière de voir, il cite le fait suivant, dont il fut témoin : « Il s'agissait, écrit cet auteur, d'une dame de 50 « ans, que nous avions traitée plusieurs années auparavant, pour un accès de mélancolie anxieuse. Lorsque « nous la revîmes, elle était encore dans un état d'anxiété « profonde, gémissant, soupirant, ne pouvant rester en « place et ne répondant à toutes les questions que ces seuls « mots : « Mon Dieu ! Je ne sais pas. C'est épouvantable !

(1) Paul Garnier. — *Loco citato*. Page 41.

(2) J. Séglas. — *Des troubles du langage chez les aliénés*. J. Rueff et Cie, Editeurs, 1892.

« Non ! non ! » Rien là-dedans, en l'absence de renseignements, ne pouvait autoriser à soupçonner l'aphasie ; car « de pareilles réponses ne sont pas rares chez les aliénés, « dans des paroxysmes d'anxiété. Nous inclinâmes donc à « soupçonner seulement un nouvel accès de mélancolie « anxieuse, et ce n'est que quelques jours après, l'anxiété « ayant diminué, la malade étant devenue plus calme, que « nous pûmes constater chez elle de l'aphasie consistant « en de la surdité verbale avec paraphasie (1). »

Signalons en terminant, les troubles de la fonction du langage décrits par Féré (2), Pick, Bateman, Petrina, et qui se rencontrent chez les épileptiques, pendant l'aura ou à la suite des phénomènes convulsifs. Quelquefois, l'aphasie constitue à elle seule tout l'accès : c'est ce que Bateman a désigné sous le nom de *logonévrose épileptique.*

(1) J. Séglas. — *Loco citato.* Pages 84-85.
(2) Ch. Féré. — *Les Epilepsies et les Epileptiques,* 1890.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XLV (Personnelle)

Ictus apoplectiforme survenant chez une débile persécutée. Troubles du langage (aphasie motrice et alexie) consécutifs à l'attaque. Conservation de l'intelligence. Crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne. Mort. Autopsie.

R... Céline, âgée de 48 ans, entre pour la première fois, à l'Asile de Villejuif, le 29 Mars 1897. C'est une débile, fille de mère aliénée, dont les idées de persécution, d'origine alcoolique probable, s'accompagnent d'hallucinations multiples, affectant surtout le sens de l'ouïe.

La malade, très améliorée, est rendue à la liberté, le 21 Mars 1898.

Quelques mois après sa sortie, elle fait un ictus avec perte brusque de la conscience. Elle reste dans cet état pendant plusieurs heures, et revenue à elle, son entourage s'aperçoit qu'elle parle avec beaucoup de difficulté, et qu'elle ne peut lire le moindre texte, imprimé ou manuscrit. Pas d'hémiplégie (?)

Avant son attaque et indépendamment des idées délirantes qu'elle manifestait depuis longtemps déjà, Céline était d'une intelligence moyenne ; elle n'a jamais eu de maladies graves.

Toujours persuadée qu'elle est en butte aux persécutions continuelles d'ennemis imaginaires, la malade, violente et dangereuse par moments, est internée à l'Asile, à trois reprises différentes ; sa dernière entrée dans le service, remonte au 28 Février 1908.

A ce moment, les troubles du langage ont presque complètement disparu : Céline prononce spontanément un assez grand nombre de mots et son vocabulaire est très étendu : elle écrit de même avec facilité. La lecture mentale seule laisse à désirer, et il existe un degré assez accusé de cécité verbale ; par contre, toutes les lettres sont reconnues.

La malade, qui semble ne plus être assujettie aux mêmes préoccupations délirantes, est occupée à divers travaux, dans le quartier où elle se trouve ; intelligente et dévouée, elle donne entière satisfaction aux personnes qui lui confient des ouvrages parfois assez délicats ; sa conduite est irréprochable ; son zèle ne se dément pas un seul instant.

Les mois de Mai, Juin et Juillet, qui suivent l'arrivée à l'Asile de Céline nous font assister, chez celle-ci, à l'éclosion de crises convulsives, limitées au côté droit ; ces accès, d'une durée très courte, sont assez peu fréquents.

Le 27 Août, la malade a des attaques successives et presque subintrantes, espacées de 5 en 5 minutes et se prolongeant pendant une trentaine de secondes, d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne. Chaque crise débute par des secousses convulsives au niveau de la face ; l'œil droit est fermé, l'œil gauche ouvert, la bouche entrebaillée, et la paupière gauche, ainsi que les lèvres, sont animées de tremblements convulsifs.

Bientôt la malade regarde son bras droit, agité, lui aussi, de convulsions, peu après le début de la crise, et c'est seulement à la fin que les secousses se propagent aux membres inférieurs.

R... n'écume pas ; il n'y a pas d'aura, la crise étant annoncée par l'occlusion spasmodique de l'œil droit.

Les mêmes accès se répètent, avec une fréquence aussi grande, pendant les journées qui suivent, et la malade succombe en état de mal le 8 Septembre.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on constate des adhérences dure-mèriennes très fortes au niveau du bord supérieur de l'hémisphère gauche, à la partie antérieure de F^1. La pointe du lobe frontal paraît complètement flasque au toucher.

L'examen macroscopique du cerveau, permet de noter, à sa surface, l'existence d'un ramollissement assez étendu, occupant la 2e circonvolution frontale gauche, une grande partie de F^3 et le pied de la frontale ascendante ; ce ramollissement, intéressant la substance blanche sous-jacente, est limité, dans la profondeur, par le noyau lenticulaire, non compris dans la lésion.

OBSERVATION XLVI (Personnelle)

Troubles du langage (aphasie motrice et alexie) apparaissant à la suite d'une tentative de suicide, au cours d'un délire mélancolique.

Louise R..., âgée de 29 ans, se jette par la fenêtre de son appartement, le 16 Juillet 1906, sous l'empire d'idées mélancoli-

ques, aggravées par des excès de boisson. Transportée dans un état désespéré à l'hôpital Broussais, elle reste 40 jours dans le coma. Lorsqu'elle reprend connaissance, elle est hémiplégique du côté droit, incapable de prononcer une seule parole et, en plus, alexique. Comme elle s'agite et qu'elle trouble, par ses cris, le repos des autres malades, on la place d'office, quelques jours plus tard, à l'Asile de Villejuif.

La malade a contracté la syphilis en 1904. Elle s'adonne à l'ivrognerie depuis fort longtemps, et boit surtout de l'absinthe.

La mort de sa mère, survenue il ya plusieurs années, a déterminé, chez elle, l'éclosion d'idées mélancoliques et de persécution.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires.

Nous examinons Louise R... deux années après son accident. C'est une femme valide en apparence, qui marche sans difficulté et qui parle d'une façon correcte. Les troubles aphasiques moteurs se sont atténués, au point de passer complètement inaperçus. L'hémiplégie droite a disparu, faisant place à une parésie légère des membres, de ce côté. L'alexie seule a persisté et est encore sensible à l'époque où nous interrogeons la malade.

Ajoutons que Louise a subi, du fait de sa chute, un amoindrissement psychique considérable ; les idées délirantes, qu'elle présente à l'heure actuelle, portent l'empreinte d'un état démentiel des plus manifestes.

OBSERVATION XLVII (résumée)

Cécité et surdité verbales. Coexistence d'une psychose systématisée progressive (délire chronique) antérieure aux troubles du langage. (P. Garnier. Aphasie et folie. *Archives générales de Médecine.* 1889).

Eugène B..., âgé de 58 ans, guillocheur, de constitution robuste, à la physionomie vive et intelligente, a toujours joui, jusqu'à l'âge de 45 ans environ, d'une excellente santé aussi bien physique qu'intellectuelle. On ne signale pas de cas de folie dans sa famille. D'un caractère très peu stable, il a eu une existence désordonnée, s'adonnant à la boisson et n'a jamais su économiser quoi que ce soit sur le gain, relativement considérable, que lui valait son habileté manuelle.

Il y a douze à treize ans, il manifesta des troubles mentaux qui firent craindre le début d'une psychose ; par une évolution

progressive bien connue, son inquiétude, d'abord indécise et confuse se précise ; le malaise moral, qu'il ressent, va en s'accentuant. Bientôt apparaissent les fausses interprétations, les hallucinations avec tout leur cortège de troubles délirants. Eugène B... s'imagine que ce sont des médecins qui entreprennent sur son corps et son intelligence d'importantes expériences, à l'aide du magnétisme et de l'électricité. Cependant, le moi s'amplifie et à la période dite des persécutions, va venir s'ajouter la période ambitieuse ; victime de tentatives exécutées sur lui dans un but scientifique, le malade se prétend Jésus-Christ, fils de Dieu, grand artiste de l'univers.

Il fut conduit le 21 Juillet 1886 à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Le diagnostic de « délire chronique » n'était pas douteux et c'est sous cette étiquette qu'on le fit diriger sur l'Asile Sainte-Anne. Gardé quelque temps dans le service du Dr Magnan, il fut transféré à l'Asile de Caen, où il séjourna environ un an. Il en sortit d'ailleurs avec les mêmes convictions qu'autrefois, n'abandonnant en rien ses conceptions délirantes.

Le 24 Janvier 1888, Eugène B... est ramené à la Préfecture de Police. Sa physionomie exprime une sourde irritation ; les traits sont contractés comme par une préoccupation violente : le regard est vif, animé, intelligent, interrogateur.

A toutes les questions qu'on lui pose, le malade répond par des paroles tout à fait incohérentes, où l'expression « *ils font de moi comme bon leur semblera* » revient constamment dans son discours. B... est atteint de surdité verbale avec troubles du langage de nature paraphasique ; il est devenu, en outre, alexique et agraphique.

Que s'était-il donc passé ? Quelques jours avant son entrée à la Préfecture, le malade, qui était resté le délirant que nous connaissons déjà, eut, à l'atelier où il était allé comme d'habitude, une attitude tellement étrange, tint des propos si singuliers, si dénué de sens, qu'on fit avertir sa fille. Il n'y avait eu cependant ni attaque, ni chute, ni perte de connaissance et l'on ne savait à quoi attribuer un tel changement. Les mots, dont il se servait, étaient impropres et il ne paraissait pas entendre les questions qui lui étaient adressées. Dans les deux ou trois jours qui suivirent, Eugène B... sembla, peu à peu, se rendre compte de l'imperfection de son langage et surtout de l'impossibilité où il était, de percevoir le sens des paroles qu'il entendait. Il se montrait outré de ne pouvoir lire son journal et se répandait en plaintes violentes. Son attitude devint inquiétante et c'est alors qu'on prit le parti de réclamer son internement.

Au moment de son entrée, le malade ne présente aucun signe de paralysie partielle ; la sensibilité générale est obtuse.

Par la vivacité de sa physionomie et de sa mimique, par l'éclair du regard, par sa façon d'interpréter ce qui vient frapper ses sens, par l'ensemble de son *habitus*, Eugène B... donne la preuve d'une activité cérébrale encore grande. Il ne manque pas de mémoire, il reconnaît fort bien son monde et surveille attentivement tout ce qui se passe autour de lui ; il n'a pas perdu toute notion du calcul.

Avec une aphasie motrice limitée, B... dispose encore d'un vocabulaire suffisamment étendu, pour permettre, à ceux qui l'entendent parler, de discerner sa pensée ; malgré l'incohérence de ses propos, la plupart des phrases qu'il prononce sont autant de protestations contre le rôle attribué à ses ennemis, dans son aphasie. « C'est une canaillerie, une infamie, une lâcheté, dit-il, ...vous savez ! j'en ai plein le dos de leur manière de faire..... *Voilà tout ce que je puis vous dire. Ils font de moi ce que bon leur semblera.* » Ces deux dernières phrases figurent dans presque toutes ses réponses. Le malade conserve son activité intellectuelle qu'il met au service de son délire, ne cessant d'attribuer l'impossibilité où il est d'entendre, de lire et d'écrire (surdité verbale, alexie, agraphie), à des expériences que *des médecins pratiquent sur lui,* « *avec un sans-gêne révoltant* », selon son expression.

En résumé, Eugène B... attribue son aphasie à ses persécuteurs ; les conceptions délirantes nombreuses qu'il manifeste, sont alimentées par ce fait, qu'il constate lui-même son impuissance à se faire comprendre et à saisir le sens du langage écrit.

Il est dirigé le 30 Janvier sur l'Asile Sainte-Anne, dans le service du Dr Magnan.

OBSERVATION XLVIII

Délire de persécution. Stupeur. Aphasie sensorielle consécutive aux troubles délirants. (Karl Heilbronner. *Revue pour la Psychologie et la Physiologie des organes des sens* 3 août 1900).

Cas du menuisier Op... — Interné à la Clinique de Breslau (1887-90) et de nouveau en 1895, le sujet, d'abord hypocondriaque et atteint d'un délire de persécution, entra dans une période de stupeur, qui dura plusieurs mois ; à cette période, succèda une aphasie complète (1888) ; celle-ci fit place, après quelques progrès, à une aphasie sensorielle partielle (1894).

Le malade, libre actuellement, est dans un état constant d'amélioration.

OBSERVATION XLIX (résumée)

Aphasie motrice (syndrome de Broca) coexistant avec un délire de persécution antérieur aux troubles du langage. Paranoïaque aphasique. (Calevras. *Archives de Neurologie.* Février 1909).

Monsieur le Dr Calevras, assistant du Professeur R. Weber de Genève, rapporte l'observation intéressante d'un paranoïaque aphasique, K..., qui, postérieurement à l'éclosion d'idées délirantes nettement systématisées, présenta des troubles moteurs du langage (aphémie avec alexie et agraphie), relevant vraisemblablement d'une lésion en foyer de la troisième frontale, ou du quadrilatère de Pierre Marie.

Les hallucinations auditives, dont la richesse était extrême chez le malade, avaient ceci de particulier, que les paroles y manquaient presque totalement ; K... entendait chanter des mélodies, mais le texte s'adaptant à ces chansons avait complètement disparu.

II. — Etats mentaux simulant l'aphasie

(Etude clinique et diagnostique)

Certaines formes de l'aliénation mentale simulent, à s'y méprendre, l'aphasie organique, alors que les troubles du langage parlé, qui, pour une large part, entrent dans la constitution du tableau clinique, ne sont pas imputables à cette affection. Si, le plus souvent, l'erreur de diagnostic peut être évitée, il ne sera pas sans utilité de dire quelques mots des diverses psychopathies susceptibles de donner naissance à semblable confusion.

1°) DYSPHASIES LIEES A LA DEGENERESCENCE MENTALE.

A. Onomatomanes.

Parmi les syndromes épisodiques qu'il est coutume d'observer chez les *dégénérés héréditaires,* il convient de ranger l'idée obsédante et angoissante des *onomatomanes.* Ces individus, qui éprouvent une superstitieuse terreur, une crainte mêlée d'effroi, pour tel mot déterminé, emploient les circonlocutions les plus variées, plutôt que de le prononcer. Si le mot qu'ils redoutent est d'un usage courant dans la conversation, on voit quelle tournure singulière prennent les phrases, ainsi tronquées et mutilées (*Aphasie superstitieuse de Küssmaùl*). D'autres fois, l'onomatomane est à la recherche d'un nombre, d'un terme plus ou moins banal qui échappe à sa mémoire. Ou bien, c'est un mot ordinairement grossier ou injurieux, qui s'impose avec insistance à son esprit et qu'une impulsion irrésistible oblige à répéter.

B. Tiqueurs convulsifs.

Dans les *Archives de neurologie* de l'année 1885 (n°s 25 et 26), Gilles de la Tourette rapporte une série de 9 observations, concernant des sujets atteints de tics convulsifs. Ces tiqueurs (1), frappés d'incoordination motrice spasmodique, poussent des cris inarticulés et prononcent des pa-

(1) La maladie des tics se nomme à l'étranger « *jumping* », « *latah* », « *myriachit* ».

roles dont la forme n'est pas altérée, mais qui s'accompagnent d'*écholalie* et de *coprolalie*.

Comme chez l'onomatomane, il s'agit ici d'une *impulsion motrice verbale* qui pousse le malade, en dépit de sa volonté, à proférer une phrase grossière, obscène, parfois un simple cri guttural ou un juron (*coprolalie*). Tantôt, le mot ordurier est projeté isolément ; tantôt, au contraire, il s'échappe au milieu d'une phrase, que cette étrange interposition rend difficilement intelligible. Dans presque tous les cas, l'émission verbale coprolalique, précédée d'un besoin impérieux, est suivie d'un sentiment de satisfaction. En même temps, l'individu répète comme un écho les sons qu'il entend autour de lui (*écholalie*).

Il peut arriver, que, chez certains tiqueurs, l'incoordination motrice soit reléguée au second plan, contrairement à ce qui se passe, d'une façon générale, chez les malades atteints de « *jumping* », et que le phénomène saillant se trouve être la coprolalie, associée ou non à l'écholalie. C'est la raison pour laquelle il est si facile de confondre la maladie des tics avec l'aphasie.

Une tiqueuse célèbre, Mme de D..., citée par Gilles de la Tourette dans son travail (1), et observée pour la première fois par Itard (2) en 1825, fut assimilée par Sandras (3) à un cas d'aphasie avec hémiplégie droite et hémichorée.

La coprolalie ne se rencontre pas seulement chez les tiqueurs ; de nombreux prédisposés semblent n'avoir aucune répugnance à se servir de mots grossiers qui surprennent d'autant plus, qu'ils sortent de la bouche de personnes (femmes ou jeunes filles) dont l'éducation n'a pas été négligée.

Ces altérations singulières du langage ne comportent jamais de grandes difficultés diagnostiques, car il est toujours possible de les rapporter à leur véritable cause ; cependant, on ne doit pas s'étonner que des méprises aient pu être commises : certains aphasiques, par exemple, répè-

(1) Gilles de la Tourette. — Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie (Observation I. *Archives de Neurologie*, Janvier 1885, n° 25).

(2) Itard. — *Archives générales de médecine*, 1825.

(3) Sandras. — *Traité pratique des maladies nerveuses*, 1851.

tent, mot pour mot, la question qu'on leur adresse, d'autres intercalent dans leurs phrases des termes bizarres ou bien font un usage immodéré du même mot, qui revient à tout instant dans la conversation (*intoxication verbale de Gairdner*, comparable à l'obsession de l'onomatomane). Parfois, ce sont des injures ou des grossièretés que le malade profère, à chaque tentative qu'il fait pour parler. Cette incorrection du langage est d'ailleurs inconsciente, voire même en contradiction absolue avec la pensée du sujet, comme dans l'anecdote suivante qui nous est contée par Trousseau : « Mme B..., belle-mère d'un médecin recom-« mandable, sans avoir jamais éprouvé d'accidents para-« lytiques, arriva assez rapidement à des troubles de l'in-« telligence fort singuliers. Un visiteur entre chez elle ; « elle se lève, pour le recevoir, avec un air de bienveillance, « et lui montrant un fauteuil : « Cochon, animal, fichue « bête ! » — Madame vous invite à vous asseoir, dit le « gendre, qui interprète la volonté de la malade, si étran-« gement exprimée (1). »

2°) DELIRES VESANIQUES SIMULANT L'APHASIE.

Il existe un nombre assez considérable d'aliénés, qui, sous l'empire d'idées délirantes (2), alimentées par des troubles hallucinatoires, prononcent des mots et des phrases incohérentes, « convaincus qu'une influence mysté-« rieuse, divine, diabolique, s'oppose à ce qu'ils communi-« quent régulièrement leurs idées, ou altère systématique-« ment l'expression verbale de leur pensée (3) ». Il en résulte ce que Küssmaùl appelle un *trouble dyslogique* ou *dysphrasie* (Observation L, résumée de Garnier).

3°) MUTISMES.

Le mutisme, symptomatique de certains états vésaniques ou démentiels, peut donner lieu à des erreurs d'interprétation et être considéré comme résultant d'une lésion des centres, moteur ou sensoriel, du langage. Nous dirons quelques mots du mutisme hystérique.

(1) Trousseau. — *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu.* Paris 1877, p. 674. Il s'agit, dans cet exemple, d'un cas d'aphasie sensorielle avec paraphasie.

(2) Ce sont, le plus souvent, des idées mystiques, des idées de persécution.

(3) Paul Garnier. — *Loco citato*, Page 14.

A. Mutisme vésanique.

Séglas le distingue en *involontaire* et en *volontaire* (1). Dans le premier cas, le malade est *aboulique*, incapable de parler et de formuler la moindre demande (neurasthénie, mélancolie) ; ou bien il s'agit d'un *arrêt total de la pensée :* l'inhibition psychique est à son maximum, déterminant un affaiblissement très accusé de l'attention et un ralentissement considérable des associations d'idées (Rogues de Fursac). Le sujet est dans l'impossibilité presque absolue de se livrer à un travail intellectuel un peu prolongé : c'est ce qu'on observe fréquemment chez le mélancolique, qui, arrêté dans sa lecture, ne comprend pas le sens général d'une phrase, quoique tous les mots composant cette phrase lui soient familiers.

D'autres fois, au contraire, le mutisme relève de la *distraction ;* absorbé par un délire intense, en proie à des hallucinations continuelles qui annihilent sa volonté et son activité, le malade « ne pense pas plus à parler, qu'à satis- « faire sa faim, sa soif, ses besoins (2) ».

Les causes du *mutisme volontaire* doivent être recherchées dans un trouble sensoriel ou une idée délirante ; c'est souvent une hallucination spéciale qui se trouve à l'origine de ce mutisme : le sujet entend des voix qui lui défendent de parler et auxquelles il obéit, malgré son désir parfois pressant de manifester sa pensée autrement que par des gestes.

Chez certains aliénés, l'hallucination verbale motrice exerce sur la fonction du langage une action inhibitrice si puissante, que le malade est dans l'impossibilité de proférer aucun son. Ce fait, écrit Rogues de Fursac, s'accorde parfaitement avec la remarque de Stricker, que deux images motrices verbales (l'image motrice hallucinatoire et l'image motrice normale) ne peuvent coexister dans le même temps (3). Il est juste de dire que dans ces cas, l'hallucination, loin d'aller jusqu'à l'impulsion, ne s'accompagne en général, d'aucun mouvement de la langue ni des lèvres.

(1) J. Séglas. — *Loco citato.* Pages 24-33.

(2) J. Séglas. — *Loco citato.* Page 29.

(3) J. Rogues de Fursac. — *Manuel de Psychiatrie.* (Félix Alcan, Editeur). Page 45.

Souvent le mutisme est la conséquence d'une idée délirante — idée d'indignité, d'humilité : le sujet se croit indigne de communiquer par la parole avec ses semblables — idée d'expiation — idée hypocondriaque poussée à l'extrême : les organes phonateurs sont détruits — idée de persécution : le malade est en butte aux tracasseries de ses voisins, ou bien, dans la crainte d'être empoisonné, il suspecte les aliments qu'on lui prépare ; méfiant, il ne parle pas.

Le mutisme vésanique se rencontre le plus souvent dans les différentes variétés de mélancolie aiguë, ainsi que dans les états mélancoliques symptomatiques (folie intermittente, paralysie générale) et la psychose systématisée progressive (délire chronique).

B. Mutisme démentiel.

Nous l'avons observé chez une démente sénile ; la perte du langage est alors la conséquence de l'affaiblissement intellectuel.

C. Mutisme hystérique.

Le muet hystérique est complètement aphone ; toute la symptomatologie se résume en ce trouble moteur (l'aphonie), car le malade comprend le sens des mots entendus ou lus et répond très correctement par l'écriture à toutes les questions qu'on lui pose. C'est, en somme, le tableau clinique de l'aphasie motrice, mais avec cette différence, à notre avis essentielle, que, dans l'hystérie, le mutisme est absolu et qu'il n'y a pas trace de surdité ni de cécité verbales, exception faite des quelques cas d'aphasie sensorielle hystérique signalés par Westphal, Mœbius et Raymond. En outre, la marche de cette affection est bizarre, son évolution anormale : tel sujet, par exemple, incapable même de chuchoter, est partiellement agraphique, c'est-à-dire qu'il ne peut écrire la plume à la main, alors qu'il se sert avec habileté d'un crayon (Déjerine) ; tel autre est muet pendant quelques heures seulement, ou quelques mois, ou plusieurs années ; une malade de Mendel pouvait parler de six à neuf heures du matin (mutisme intermittent). Parfois, le sujet articule tous les sons et cependant il lui est impossible de les émettre à haute voix.

Le muet hystérique a souvent toutes les apparences d'un vésanique atteint de mutisme ; les éléments dont on dis-

pose, pour établir le diagnostic, permettent, en général, d'apprécier la nature des troubles du langage : chez le premier, en effet, la mimique est toujours des plus expressives, tandis que l'habitus, l'attitude réservée et silencieuse du second, traduisent les préoccupations délirantes qui ont pris naissance en lui et qu'il cache à son entourage.

4°) STEREOTYPIES DE LA PAROLE.

Les déments précoces catatoniques s'attachent fréquemment à certaines expressions, à certaines phrases stéréotypées ; aussi, ne faut-il pas s'étonner qu'ils puissent être confondus avec des aphasiques : le fait est, d'ailleurs, assez rare. Une de nos malades répétait sans cesse : « Car pour ma fille, devant ma honte. »

5°) ALTERATIONS DU LANGAGE DANS LA CONFUSION MENTALE.

Lorsqu'on interroge un confus, on est tout d'abord frappé par la justesse de ses réponses, mais ce dernier part bientôt dans une série d'associations incohérentes telles, que son langage simule, à s'y méprendre, celui d'un paraphasique. Dans ce cas, l'épreuve de la lecture vient trancher le diagnostic et écarte ainsi toute possibilité d'erreur ; le confus, dont l'attention volontaire est profondément troublée, lit couramment les différents textes qu'on lui met sous les yeux (1).

6°) MANIE AIGUE.

Le bavardage incohérent et la logorrhée du maniaque, en rapport avec une excessive mobilité des idées et des sentiments, peuvent faire songer à la verbosité de l'aphasique sensoriel. Dans la manie, en effet, « la parole saute sans « transition d'une pensée à une autre, appelée en tous « sens, sollicitée par tous les courants d'idées qui se suc- « cèdent, s'entrecroisent, se heurtent, en faisant passer « devant le champ de la conscience, qui ne le saisit que « confusément, un tourbillon d'images (2) ».

7°) MANIE CHRONIQUE.

Nous avons vu précédemment que la manie chronique réalisait au plus haut degré le tableau clinique de l'incohé-

(1) Voir Ed. Toulouse et M. Mignard. — Confusion mentale et démence. (*Revue de Psychiatrie*, n° 8 Août 1908, n° 1 Janvier 1909, etc...)

(2) Paul Garnier. — *Loco citato*, Page 18.

rence vésanique. Nous avons montré que, si nous plaçons côte à côte un sujet atteint de cette affection et un paraphasique, nous constations entre ces deux malades une ressemblance assez grande parfois, pour faire hésiter le diagnostic (1).

(1) Voir au chapitre « Les Paraphasiques ».

OBSERVATION

OBSERVATION L (résumée)

Délire mystique chez un dégénéré. Troubles du langage simulant l'aphasie. (Paul Garnier. Aphasie et folie. *Archives générales de Médecine.* 1889).

Le 30 Mars 1887, on amenait à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, un nommé Jules G..., employé aux travaux de la ville. Cet homme, âgé de 30 ans, avait été trouvé au milieu de la nuit, agenouillé sur la place principale d'une localité des environs de Paris. Absolument nu, il se tenait immobile, dans une attitude prosternée et en une muette extase. Questionné, il ne répond à aucune des questions qu'on lui pose et fait signe, d'ailleurs, qu'il lui est impossible de parler.

Au moment de la visite, G... se présente à nous sous les dehors d'un délirant mystique ; vivement sollicité, le malade ne balbutie que des phrases incompréhensibles. Il semble faire effort, ainsi qu'un aphasique vulgaire, pour émettre un son nettement articulé.

On ne constate nulle trace de paralysie ou d'hémiplégie. Le lendemain, le malade s'exprime un peu moins difficilement et donne à entendre *qu'on lui défend de parler ;* ce sont ses ennemis, dit-il, *qui lui coupent la parole ;* en même temps, G... énonce des idées de persécution, alimentées par des troubles hallucinatoires : on lui en veut, on l'insulte, on le menace..

« Je ne crus pas, écrit l'auteur, que G... pouvait être, par le fait de son trouble du langage, considéré comme un aphasique frappé plus ou moins soudainement de complications délirantes. Sa *dysphasie singulière* était d'origine vésanique et sous l'étroite dépendance de conceptions imaginaires. Je le déclarai atteint de « délire mélancolique avec idées de persécution, hallucinations, etc. », et le fis diriger sur un asile de traitement. »

Nous ajouterons que G... a des antécédents héréditaires très chargés, un grand-père ivrogne, un père faible d'esprit, un oncle paternel aliéné, une tante névropathe.

III. — Troubles délirants secondaires chez les aphasiques

Conceptions délirantes et troubles sensoriels ne sont pas rares au cours de l'aphasie.

Il n'est pas dans notre intention de faire une étude complète de cette question, remarquablement exposée dans la thèse de Lwoff. Nous nous contenterons simplement de signaler parmi ces troubles, ceux qui sont de nature à masquer et à travestir l'état mental du sujet déjà frappé d'aphasie.

Immédiatement après l'ictus, on peut voir apparaître chez le malade un *délire hallucinatoire* très actif où prédominent les hallucinations de l'ouïe et de la vue ; souvent même, on observe des illusions et des erreurs d'interprétation. Ce délire, essentiellement transitoire, s'accompagne, en général, d'*excitation* ou de *dépression*. Celle-ci est, à cette période, beaucoup moins fréquente que celle-là, contrairement à ce qui se passe à une phase plus avancée de la maladie. Les aphasiques sont, au début, turbulents et agités : ils poussent des cris, rejettent leurs couvertures, cherchent à se lever, malgré qu'ils soient le plus souvent incapables, étant paralysés, de faire quelques pas. Parfois, l'excitation fait place à la dépression et vice-versa : ces deux états se combinent et l'on assiste alors à un changement brusque dans l'attitude du malade, qui passe de l'agitation la plus violente au calme le plus absolu.

Chez ces individus, écrit Lwoff, « le délire hallucinatoire « est sujet à des exacerbations et à des intermittences, « sous l'influence probable d'un travail congestif qui se « fait autour de la lésion cérébrale. Il est souvent compli- « qué des idées de persécution, mélancoliques et de gran- « deur, qui peuvent persister très longtemps. L'intensité, « l'abondance de ces idées sont variables : on peut obser- « ver toutes les variétés. Elles sont tantôt isolées, incohé- « rentes, tantôt se groupent pour prendre une apparence « de systématisation (1). »

(1) S. Lwoff. — *Loco citato*. Page 63.

Les conceptions délirantes proprement dites surviennent à une époque où le délire hallucinatoire est depuis longtemps disparu. L'illogisme, l'absurdité et la puérilité caractérisent ces idées délirantes qui sont, en outre, multiples et mobiles dans leur évolution. Greffées accidentellement sur une mentalité rendue instable du fait de la lésion organique causale, elles arrivent, dans quelques cas, à se grouper en des systèmes assez cohérents, pour simuler l'enchaînement logique de certains délires systématisés.

Les idées délirantes de beaucoup les plus communes chez les aphasiques, sont les *idées de persécution ;* puis viennent, par ordre de fréquence décroissante, les *idées mélancoliques* et les *idées hypocondriaques.* Le *délire ambitieux* est rare : Lwoff en rapporte plusieurs exemples. Les idées mélancoliques engendrent tantôt une simple tristesse pathologique, tantôt un véritable délire avec idées et tentatives de suicide. Enfin, il faut signaler l'apparition inconstante, chez les mêmes sujets, d'*idées érotiques* avec *tendance aux actes obscènes,* à l'*exhibitionnisme ;* nombre de condamnations, prononcées par les Tribunaux pour attentat aux mœurs ou pour outrage public à la pudeur, visent de malheureux aphasiques, incapables de se rendre compte des actes délictueux qu'ils commettent sous l'influence de leurs préoccupations maladives. Quelques-uns de ces individus, poussés par une impulsion inconsciente, irrésistible, deviennent agressifs et même criminels ; d'autres, impuissants à réfréner leurs penchants, éprouvent de véritables accès, pendant lesquels la propension au vol ou à l'homicide se manifeste avec une impérieuse violence.

Les idées délirantes, les phénomènes d'excitation et de dépression, viennent souvent masquer l'état des fonctions intellectuelles du malade. Trénel rapporte la curieuse observation d'une aphasique qui présenta, pendant son séjour à l'Asile, une succession continue d'accès d'agitation et de dépression, sans intervalle lucide, soit une psychose de type circulaire (voir plus loin observation LI). Dans les périodes de dépression, cette femme avait toutes les apparences d'une mélancolique, ne répondant qu'avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adressait. Dans les périodes maniaques, au contraire, elle se faisait remarquer par la verbosité et la prolixité de son langage. On voit, par

cet ensemble de symptômes, combien l'état mental de la malade était différent pendant la phase mélancolique et pendant la phase d'excitation maniaque ; les troubles vésaniques rendaient ainsi le diagnostic de l'aphasie extrêmement délicat.

Lorsque, plusieurs années après le début de l'affection, la démence s'installe, on peut observer chez l'aphasique porteur de lésions cérébrales diffuses, des conceptions délirantes multiples : ce sont, le plus souvent, des *idées de ruine* ou *de persécution*, des *idées de grandeur*, illogiques, absurdes, puériles, qui trahissent une déchéance profonde des facultés intellectuelles.

Rappelons, sans insister davantage, que la prédominance des phénomènes sensoriels (aphasie, hallucinations de la vue et de l'ouïe) caractérise certaines formes de la paralysie générale, étudiées par Sérieux et Mignot sous le nom de *formes sensorielles* de la maladie ; dans les cas, d'ailleurs assez rares, où la région antérieure de la zone du langage est le siège d'un foyer de ramollissement ou d'une poussée particulièrement intense de méningo-encéphalite, la localisation du processus morbide au niveau du pied de la Troisième Frontale, détermine l'apparition d'hallucinations verbales motrices.

Différents auteurs ont noté la persistance de la parole dans le délire chez quelques aphasiques ; Brown-Séquard en particulier, raconte qu'ayant examiné, en 1862, un pasteur d'Osborne atteint d'aphasie motrice absolue avec hémiplégie droite, ce dernier « fut pris d'un délire assez vio-« lent dans lequel il parla distinctement, employant un « grand nombre de mots pour exprimer ses idées déli-« rantes (1) ».

Nous devons contester la réalité de ces faits, qui ressortissent plutôt à des cas d'aphasie hystérique, comme dans l'exemple rapporté par Brown-Séquard.

(1) Brown-Séquard. — Persistance de la parole dans le chant, dans les rêves et dans le délire, chez des aphasiques. *Société de Biologie ;* Séance du 19 Avril 1884.

OBSERVATIONS

OBSERVATION LI (résumée)

Aphasie amnésique avec paraphasie s'accompagnant, dans la suite, de troubles délirants secondaires (type circulaire). (Trénel. *Nouv. Iconographie de la Salpétrière.* 1899).

« A son entrée à l'Asile de St-Yon, Mme L..., âgée de 46 ans, présente une hémiplégie droite avec contracture, de l'aphasie, et est en pleine excitation maniaque. Elle se trouvait depuis 1 an en traitement dans un hospice ; il y a 8 jours qu'elle est dans un état d'agitation maniaque, qui paraî avoir débuté subitement. Au point de vue mental, elle a présenté, pendant son séjour à l'Asile, une succession continue d'accès d'agitation et de dépression d'une durée d'un mois environ chacun, sans intervalle lucide, soit une psychose de type circulaire ; elle eut, en outre, des attaques épileptiformes généralisées qui paraissent avoir été indépendantes des troubles psychiques susdits (ceci sous toutes réserves). Les périodes d'excitation et de dépression sont bien caractérisées et se succèdent brusquement. Les actes et le langage de la malade sont bien différents dans les deux cas, et il est curieux de voir comment Madame L... prend tantôt gaiement parti de son aphasie, tantôt s'en afflige dans son jargon paraphasique.

Dans les *périodes de dépression,* elle reste immobile, répond avec peine, se refuse à l'examen, comme les mélancoliques que tout excède et elle s'exprime ainsi : « Je ne sais plus rien, ça ne se peut pas..... tout ce que vous voudrez, c'est fini..... Bien mieux quand je serai morte. » Elle regarde à peine les images et les objets qu'on lui montre, se refuse aux exercices qu'on tente de lui faire faire. Elle se plaint de ne pas dormir, de souffrir de la tête quand je la questionne sur sa santé.

Q. — Avez-vous dormi ?

R. — Jamais.

Q. — Pourquoi ?

R. — Tout, tout (elle montre sa tête).

Q. — Avez-vous mal à la tête ?

R. — Tout (elle montre son front).

Dans *les périodes maniaques,* elle va, vient, s'agite, crie ou chantonne, sans prononcer de paroles. Pendant l'examen, elle se lève, cueille des fleurs dans un vase en disant que ça sent bon et me les offre ; elle va regarder les tableaux en disant que : « c'est ça qui est encore gentil. » Comme je lui dis de mettre la main sur sa tête, elle me montre sa main droite contracturée, d'un air de moquerie, en disant « celle-là ? », puis elle exécute le mouvement de la main gauche avec mille simagrées. Elle déclare, pendant qu'on l'examine, « que c'est rigolo » ; elle rit aux éclats pour avoir appelé un médecin « madame ». Elle s'exprime au sujet de son aphasie de toute autre façon que dans la période mélancolique : « ça n'est pas, parce que je ne peux pas, ça sera tout de même. » Et elle rit d'elle-même.

Q. — Avez-vous bien dormi ?

R. — Oui, très bien, je vais seulement un peu mal là. (Quelques traces de prurigo).

Q. — Avez-vous mal à la tête ?

R. — Non du tout, je vais bien ; je vais vous donner quelque chose (elle va chercher une fleur dans un bouquet), ça sent très bon.

Q. — Avez-vous eu des crises de nerfs ?

R. — Non, pas ça.

La malade présente une hémiplégie droite, avec contracture incomplète ; les réflexes tendineux sont exagérés et il existe une hémianesthésie totale du côté droit. Il n'y a aucune variation des symptômes physiques pendant les périodes de calme ou d'agitation.

Madame L... comprend tout ce qu'on lui dit ; il n'y a pas trace de surdité verbale.

La répétition d'une phrase est impossible : les essais sont faits en un jargon incompréhensible.

La malade peut parler spontanément, mais elle est incapable de dénommer un objet quel qu'il soit où d'en répéter le nom quand on le lui dit. En un mot, il y a aphasie amnésique avec paraphasie, l'amnésie des mots portant presque uniquement sur les substantifs (antonomasie) et les phrases étant construites d'une manière tout à fait incorrecte (agrammatisme). Voici un exemple de réponses faites par la malade, interrogée successivement pendant une période de dépression et pendant une période d'excitation :

A) Examen pendant la période de dépression

Q. — Comment vous appeléz-vous ?

R. — Je ne peux pas le dire, je ne peux rien, rien, ça ne se peut pas.

Q. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je ne sais plus rien (comme j'insiste, elle ajoute : « Dites-moi ce que vous voudrez, allez ! »).

Q. — Quand êtes-vous née ?

— Pas de réponse.

Q. — A Paris ?

R. — Je ne sais plus, je ne sais plus rien, ce que vous voudrez, c'est fini, c'est fini, bien mieux quand je serai morte.

Q. — Avez-vous des enfants ?

R. — Non, je n'en ai pas eu.

Q. — Depuis quand êtes-vous ici ?

Q. — Je vous en prie, ne peux rien, ferai tout ce que vous voudrez, je sais bien que c'est là, *je peux parler, je peux rien dire.*

Q. — Depuis quand avez-vous des crises de nerfs ?

R. — Même rappelle plus, du tout, du tout ; quand je pourrai, je ne peux pas, il n'y a pas moyen.

Q. — Comprenez-vous bien ce que je vous dis ?

R. — Bien sûr, je vois du papier, papier bien sûr (en montrant la feuille d'observation).

B) Examen dans une période d'excitation

Q. — Comment vous appelez-vous ?

R. — Marie.

Q. — Comment ?

R. — Je ne peux pas..... Paris.

Q. — Où êtes-vous née ?

R. — Je ne peux pas, pas moyen.

Q. — Avez-vous des enfants ?

R. — Dieu merci, pas besoin ; qu'est-ce que j'aurais avec tout ça !

Q. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Je n'en sais rien, je suis bien embarrassée.

Q. — Depuis 2 ans ?

R. — Il n'y a pas si longtemps que ça, grand Dieu ! (C'est exact).

Q. — Votre mari est-il venu vous voir ?

R. — Une fois (exact).

Q. — Pourquoi avez-vous les cheveux coupés ?

R. — Là-bas. C'était-il parce que c'est la maison (on lui a coupé les cheveux dans une autre salle, et elle demande en plaisantant si c'est une règle ici de couper les cheveux aux malades) .»

On voit par ce dialogue, combien l'état mental de la malade est différent pendant la période de dépression et pendant la période d'excitation. Dans la première, les réponses de Madame L... se font avec beaucoup de difficulté ; elles sont longues, incompréhensibles, presque incohérentes. Dans la seconde, au contraire, la malade répond assez bien et surtout avec beaucoup plus de vivacité aux questions qu'on lui pose. Cet interrogatoire succinct nous permet de constater l'influence considérable de l'état mental sur les troubles du langage que présente un individu ; en particulier, si cet état mental est susceptible de se transformer, comme dans l'observation ci-dessus, on peut se rendre compte des difficultés diagnostiques inhérentes à l'évaluation du déficit intellectuel qui peut exister chez un tel individu.

Nous ajouterons que la malade présente une cécité verbale et littérale probable, mais non complète. Pas de cécité psychique : Madame L... reconnaît tous les objets et sait parfaitement à quoi ils servent. L'agraphie est presque totale. Les couleurs sont reconnues et dénommées exactement. La mimique est tout à fait expressive. La malade succombe au cours d'attaques épileptiformes devenues de plus en plus fréquentes depuis le début de sa maladie.

OBSERVATION LII (résumée)

Aphasie. Excitation alternant avec la dépression. (Sazie Observation VI. Les troubles intellectuels dans l'aphasie. Thèse de Paris. 1879).

La nommée Virginie R..., âgée de 48 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 10 Novembre 1877 (service de M. le Dr Magnan) où le diagnostic suivant est porté : « Affaiblissement intellectuel avec aphasie, incohérence, hémiplégie droite. »

Depuis l'année 1872, la malade a eu un certain nombre d'attaques apoplectiformes et épileptiformes.

A son arrivée dans le service, Madame R... ne paraît pas comprendre les questions qu'on lui adresse ; mais elle s'efforce de répondre, et prononce une série de paroles ou plutôt de syllabes incohérentes. Elle est entièrement agraphique, ne peut écrire son nom, ni le copier. L'hémiplégie droite persiste.

L'expression de sa physionomie est assez intelligente ; elle cherche à répondre, mais ne peut trouver les mots ; en plaçant sous ses yeux plusieurs pièces de monnaie, elle distingue la valeur de chacune.

« Le 20 Octobre 1878, à plusieurs reprises, elle se met à crier; « hallucinations, frayeurs ; elle dit : « le voilà » et montre avec « le doigt un point déterminé de la salle. Elle pleure, crie sur- « tout la nuit, subitement, sans nul motif. »

Pendant la nuit du 12 au 13 Février 1879, la malade est prise d'un accès d'agitation ; « elle veut fuir de son lit, pour se sous- « traire à la frayeur, en jetant par terre tout ce qui la couvre ; « elle pousse des cris d'effroi, fixe et indique du doigt du côté « de la porte, par où elle veut se sauver ; elle est insensible à « tout ce qui peut la calmer. »

Cette excitation qui dure un quart d'heure, est suivie d'une attaque apoplectiforme, laquelle disparaît dix minutes après son début, sans être suivie de coma. La malade reprend bientôt ses sens.

« Le 17, à notre arrivée dans la salle, nous trouvons Madame « R... profondément abattue ; elle pleure abondamment ; inter- « rogée sur la cause de sa tristesse, elle ne veut pas nous ré- « pondre.

« Le 28 au matin, la malade a voulu se lever de son lit ; elle « avait les yeux hagards et manifestait de la peur. Quelques « moments après ces tentatives pour se lever, elle s'est mise à « pleurer en sanglotant.

« 17 Mars. — Nouvelle crise d'excitation qui a duré à peu « près cinq minutes. D'abord ses cris, ses pleurs semblaient « provoqués par l'impression que lui causaient des ennemis « imaginaires, et ils annonçaient l'indignation et le dépit ; en- « suite la désolation et l'abattement.

« L'excitation passée, un tremblement généralisé s'est em- « paré d'elle pendant quelques instants.

« Outre ces cas extraordinaires, la malade cède souvent à de « violentes colères causées par la plus légère contrariété. »

TROISIÈME PARTIE

De quelques affections cliniquement comparables à l'aphasie et coexistant fréquemment avec elle, à l'état d'association, chez le même individu.

Aphasie et Paralysie Pseudo-bulbaire
Aphasies, Agnosie et Apraxie

On constate chez certains malades, d'ailleurs assez rares, la présence simultanée de paralysie glosso-labiée cérébrale et d'aphasie.

Cette coexistence de deux affections, dont le tableau clinique, en ce qui concerne les troubles du langage, est dans les deux cas presque identique, n'est pas faite pour nous surprendre puisque nous savons que la paralysie pseudo-bulbaire est causée le plus souvent par une double lésion symétrique de la zone rolandique inférieure (centres corticaux de la langue, des lèvres et du larynx) ou des noyaux opto-striés. Le ramollissement cérébral qui détruit

ces régions peut gagner de proche en proche les parties voisines de la masse encéphalique, dévolues à la fonction du langage ou inversement, et déterminer ainsi l'apparition d'un syndrome double anarthrique et aphasique.

Comte, dans sa thèse inaugurale (Paris 1900), MM. A. Marie et Vigouroux au Congrès de Marseille (1899) ont rapporté plusieurs observations de malades atteints à la fois de paralysie pseudo-bulbaire et d'aphasie. Dans des cas aussi complexes, il est difficile de faire la part de ce qui revient à chaque affection en particulier. L'anarthrie peut, en effet, être provoquée par une lésion paralytique, d'origine centrale, des organes de la phonation ou bien relever d'un trouble du langage, par perte des images motrices verbales. Le problème se complique, lorsque ces deux maladies, aphasie motrice et paralysie glosso-labiée cérébrale, à manifestations cliniques essentiellement comparables, coexistent chez le même sujet : le diagnostic, impossible pendant la vie du malade, se fait dans la majorité des cas sur la table d'autopsie.

On se rendra compte des difficultés presque insurmontables auxquelles se heurtera l'expert, lorsqu'il voudra, par exemple, apprécier l'état mental d'un aphasique moteur en même temps anarthrique ! La mimique, l'attitude, les gestes seuls renseigneront le médecin sur l'intégrité plus ou moins complète des facultés intellectuelles d'un malade qui, gêné dans son élocution par une dysarthrie paralytique considérable, ne présente toutefois que des troubles aphasiques moteurs relativement peu accusés. L'amoindrissement psychique peut être minime chez ces individus, dont le langage se réduit parfois à des monosyllabes ; c'est à tort qu'on les considère comme des déments, car ils ont conscience de leur infirmité et ils en souffrent.

Si l'association des deux syndromes morbides, aphasique et anarthrique, se traduit le plus souvent par une diminution à peine sensible des capacités intellectuelles, il est des cas dans lesquels l'état mental du sujet est beaucoup plus gravement compromis. Nous voulons parler des pseudo-bulbaires dont la lésion, centrale ou corticale, s'est étendue à la zone de Wernicke, en provoquant chez ces malades de la surdité et de la cécité verbales. Nous aurons, en pareille circonstance, le tableau clinique de l'aphasie totale, mais

avec cette différence que l'aphasie sensorielle se complique d'anarthrie et non d'aphémie.

Il est facile de comprendre la raison pour laquelle les individus qui manifestent de semblables troubles, sont plus affaiblis dans leur intelligence que ceux dont nous venons de parler. Nous savons, en effet, que la paralysie glosso-labiée cérébrale est, d'une façon générale, l'expression de plusieurs foyers de ramollissement dans les deux hémisphères ; lorsque la zone de Wernicke est atteinte, il est naturel de penser qu'un processus d'encéphalite diffuse tend à s'établir et à déterminer chez le sujet, à la fois pseudo-bulbaire et aphasique sensoriel, un affaiblissement progressif de l'intelligence.

On risque fort de commettre une grave erreur, en portant un jugement anticipé sur l'état mental d'un individu, dont l'apparence démentielle est due à des lésions cérébrales multiples ; l'observation si intéressante de la malade Eugénie T..., que nous relatons plus loin dans tous ses détails, apporte une entière confirmation à notre manière de voir ; il s'agit, dans cet exemple, d'une jeune femme de 23 ans présentant un syndrome pseudo-bulbaire des plus nets compliqué d'aphasie sensorielle avec anarthrie, et chez laquelle l'examen le plus minutieux depuis plusieurs années, ne nous a pas permis de découvrir l'existence d'une altération profonde des facultés mentales.

Ces cas sont évidemment rares, mais ils contribuent dans une large mesure à nous renseigner sur la pathogénie des démences liées aux lésions circonscrites du cerveau, lésions qui peuvent rester longtemps compatibles avec une intégrité parfaite de l'intelligence.

Passons maintenant à un autre ordre de faits.

On a étudié, pendant ces dernières années, sous les noms d'*apraxie* et d'*agnosie*, des troubles particuliers de même nature que l'aphasie, à laquelle ils sont fréquemment associés.

La notion de l'apraxie a été établie théoriquement par Meynert, mais son existence clinique ne date que des travaux de Liepmann (1) (1900). Depuis cette époque, Arnold

(1) Liepmann. — Das Krankheitbild der Apraxie. *Monatschr. f. Psych. u. Neur. Bd.* 8., 1900.

Pick (1) à l'étranger, Félix Rose (2), Gilbert Ballet, Deny, H. Claude, en France, se sont occupés de cette intéressante question, qui suscite, à l'heure actuelle, tant de controverses.

« *Il faut entendre sous le terme général d'agnosie, l'ensemble des troubles dans la compréhension de la nature des choses, de la signification des objets, sans atteinte des voies sensorielles, sans trouble de la perception simple. Les malades voient et perçoivent les éléments du monde extérieur, mais ils ne les reconnaissent plus, ils sont incapables d'en saisir et d'en indiquer la destination, l'usage, l'utilité. Il s'agit d'un trouble de l'identification secondaire ou supérieure, de la perception compliquée, de la reconnaissance intellectuelle, avec intégrité de l'identification primaire, de la perception simple, de la reconnaissance sensorielle* (3). »

Suivant que l'agnosie porte sur la vision, l'audition ou le toucher, elle prend le nom de *cécité psychique (agnosie visuelle — asymbolie visuelle)*, de *surdité psychique (agnosie auditive)* ou d'*agnosie tactile (astereognosie — asymbolie tactile)*. Une variété intéressante d'agnosie visuelle est constituée par la perte de la notion topographique : c'est la *topo-agnosie*, décrite par Dupré (4).

En somme, l'*agnosie ou parapraxie sensorielle* consiste en erreurs dans l'interprétation de l'usage des objets : tel l'exemple classique du malade qui se sert de son urinal comme d'un verre.

L'apraxie est constituée par l'impossibilité d'exécuter un acte dirigé vers un but, sans qu'une anesthésie, une paralysie, une agnosie ou un trouble mental proprement dit, puisse expliquer cette incapacité.

(1) Arnold Pick. — *Etudes sur l'apraxie motrice et les phénomènes qui l'accompagnent ; leur importance dans la symptomatologie d'un symptôme complexe psychopathique.* Prague. Leipzig und Wien 1905.

(2) Félix Rose. — De l'apraxie. *Encéphale,* Novembre 1907. L'apraxie des muscles céphaliques. *Semaine Médicale,* 15 Avril 1908.

(3) Ernest Dupré. — In *Traité de Médecine Mentale* (Gilbert Ballet).

(4) Il ne faut pas confondre la cécité psychique avec l'*aphasie optique de Freund,* dans laquelle un malade incapable de désigner par son nom un objet qu'on lui présente et *qu'il reconnaît parfaitement,* prononce immédiatement ce nom, dès qu'il touche, goûte ou flaire cet objet.

L'image kinesthésique (motrice) de l'acte, c'est-à-dire le souvenir des combinaisons musculaires successives, nécessaires pour l'accomplissement de l'acte, est troublée ou perdue.

On distingue en clinique deux variétés d'apraxie : *l'apraxie idéo-motrice de Liepmann* et *l'apraxie idéatoire décrite par Pick.*

L'apraxie idéo-motrice de Liepmann est caractérisée par l'impossibilité ou seulement la difficulté d'exécuter un acte, soit sur commandement verbal, soit par imitation, soit spontanément de mémoire.

L'apraxie idéatoire de Pick, qui se complique souvent d'apraxie idéo-motrice, *ne s'observe que dans des actes compliqués, nécessitant une série d'actes partiels successifs, et se manifeste par l'oubli d'un ou de plusieurs actes partiels.* C'est un véritable trouble de l'attention.

On peut juger, par ce rapide exposé, des rapports multiples qui unissent l'apraxie et l'aphasie motrice ; certains auteurs ont même prétendu que celle-ci n'était qu'une forme de celle-là. De fait, aphasies, apraxie et agnosie ne sont que des variétés d'amnésies localisées et c'est pour cette raison qu'il existe entre ces diverses affections une si grande analogie.

L'aphasie motrice est comparable à l'apraxie et l'aphasie sensorielle ne représente, dans ses manifestations individuelles, qu'une variété d'agnosie. De même qu'en clinique, nous voyons fréquemment la cécité et la surdité verbales compliquer l'aphémie, de même l'agnosie s'ajoute souvent à l'apraxie. La ressemblance est donc complète. Bien plus, il n'est pas rare d'observer la coexistence de ces différents troubles chez le même sujet, à la fois apraxique et aphasique.

Arnold Pick (1) rapporte le cas d'un musicien qui, ayant perdu complètement l'usage de la parole, fredonnait les airs qu'il sifflait aussi très correctement, mais ne pouvait plus se servir de son violon, dont il jouait avec une grande habileté avant sa maladie.

L'aphémie instrumentale si frappante chez ce malade,

(1) A. Pick. — *Loco citato.*

ne peut-elle pas être considérée comme un trouble apraxique ?

M. Gilbert Ballet, à la séance de la Société de Neurologie du 7 Mai 1908, a présenté une femme atteinte d'aphasie motrice absolue compliquée de cécité et de surdité verbales et qui, en outre, se trouvait dans l'impossibilité de souffler au commandement (apraxie idéo-motrice).

Il est inutile de multiplier les exemples : l'examen complet et méthodique des aphasiques suffit pour déceler, dans certains mouvements exécutés par ces derniers, la présence fréquente d'une akinésie totale ou partielle.

Cependant, nous devons signaler l'erreur qui se produit en maintes circonstances et qui consiste à prendre un pseudo-bulbaire pour un apraxique, lorsqu'un malade ne peut, par exemple, tirer la langue et que ce trouble est l'expression d'une paralysie des centres corticaux et des fibres cortico-bulbaires, au lieu d'être causé par une altération de la faculté d'exécution des souvenirs moteurs kinesthésiques. Le diagnostic devient malaisé, lorsque l'affection qui nous occupe coexiste avec un certain degré de paralysie glosso-labiée cérébrale.

Nous devons maintenant esquisser à grands traits l'état des facultés intellectuelles chez les apraxiques.

Si l'on en juge par les descriptions précédentes, quel doit être l'aspect d'un malade, à qui l'on demande de faire un pied de nez et qui, se trompant dans l'exécution de cet acte, porte, par exemple, la main à sa bouche ? Et cet agnosique qui, voulant boire, se sert inconsciemment d'un urinal au lieu de prendre son verre ? N'est-il pas permis, si l'on en juge par certains de leurs gestes, de considérer ces individus comme des déments, comme atteints d'un délire des actes ? L'apraxie trouble avant tout l'habitus, la mimique, les actes expressifs en général ; les mouvements amorphes que le malade exécute à la place des mouvements qu'il veut exécuter et la perplexité qu'exprime toute son attitude, ont fait ou peuvent faire prendre un tel sujet, *quand il est en plus aphasique*, pour un aliéné.

Ce serait sortir du cadre de cet ouvrage, que de nous étendre plus longuement sur les rapports de l'apraxie avec la démence ; si le plan que nous nous sommes fixé par avance nous interdit cette digression, l'avenir, à n'en pas

douter, nous réserve d'intéressantes études sur cette question.

La jeune femme, dont MM. Raymond, Henri Claude et F. Rose ont rapporté l'observation (1), était agnosique et apraxique et présentait, en outre, une perte presque absolue du langage articulé, accompagnée de surdité et de cécité verbales : « L'histoire de cette personne, disent les auteurs, est fertile en enseignements : elle montre surtout que l'aphasie peut s'accompagner de troubles moteurs qui pourraient en imposer pour un délire des actes, une démence post-confusionnelle ou d'origine apoplectique, interprétation qui conduirait à considérer comme une aliénée une malade qui, en réalité, est intelligente, mais a perdu en même temps que la faculté d'exprimer sa pensée par des mots et de comprendre le langage, la notion du mécanisme des actes que nous accomplissons journellement avec tant de facilité, qu'il nous semble que nous n'avons jamais eu à l'apprendre (2). »

(1) Apraxie, agnosie et aphasie au cours d'un syndrome encéphalo-méningé, par MM. F. Raymond, Henri Claude et F. Rose. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, n° 8, 4 Mars 1909.

(2) Certains auteurs ont considéré le syndrome apraxique comme un trouble de l'intelligence ou un résultat de l'agnosie et de l'ataxie. M. Raymond leur répond :

« Si l'on prend le mot intelligence dans son sens le plus large, il est certain que l'apraxie, de même d'ailleurs que l'aphasie, est un trouble intellectuel. Mais si on prend ce terme dans son sens plus restreint de facultés psychiques supérieures, ni l'apraxie ni l'aphasie ne constituent un trouble intellectuel. Est-ce à dire que les agnosies et les apraxies restent sans contre-coup sur ces facultés psychiques supérieures ? Evidemment non ! On peut même dire qu'un malade atteint d'une agnosie ou d'une apraxie (y compris les aphasies), généralisées et absolues, serait incapable d'une vie psychique quelconque, quoique de cela nous ne pourrions nous rendre compte. Une agnosie et une apraxie partielles doivent également retentir jusqu'à un certain point sur le jugement ; car celui-ci repose sur les souvenirs, et les agnosies, les apraxies et les aphasies sont des amnésies partielle. Mais ce n'est pas le trouble intellectuel qui conditionne l'apraxie ou l'aphasie, ce sont celles-ci, au contraire, qui déterminent celui-là, car la reconnaissance et la réaction motrice adéquate constituent les pierres basales de tout notre édifice psychique. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION LIII (Personnelle)

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire chez une jeune femme, idiote en apparence et non démente. Mimique particulièrement riche et des plus expressives (1).

T... Eugénie, âgée de 23 ans, entre à l'Asile de Villejuif, dans le service du Dr Marcel Briand, le 24 Novembre 1904. Les certificats établis pour son entrée constatent, chez elle, un léger affaiblissement intellectuel, de l'aphasie avec hémiplégie droite, de l'incapacité de se diriger et de subvenir à ses besoins.

Cette malade présente une perte absolue de l'usage de la parole, elle ne dit rien et paraît ne rien comprendre : elle ne prononce aucun son articulé. D'autre part, son aspect extérieur est celui d'une idote.

Le début des accidents remonte au 18 Mars 1904 : à ce moment, Eugénie se trouvait au premier mois d'une grossesse, quand elle eut un ictus avec paralysie des membres du côté *gauche* et déviation de la bouche du même côté. La guérison eut lieu en 3 semaines : toutefois, la malade éprouvait déjà après cet accident une difficulté à prononcer certains mots, difficulté d'ailleurs imperceptible pour les personnes autres que celles de son entourage. A la suite de cet ictus, Eugénie partit à la campagne où l'on remarqua qu'elle pleurait fréquemment et sans motif.

Le 29 Juillet de la même année, la malade eut un second ictus, suivi cette fois d'hémiplégie *droite* avec perte complète du langage articulé ; depuis cette époque, elle n'a jamais recouvré

(1) La malade qui fait l'objet de cette observation a été présentée par M. le Docteur Marcel Briand, à la Société Clinique de Médecine Mentale (Séance du 20 juillet 1908).

l'usage de la parole. Vingt-trois jours après l'accident, en Août, elle fit une fausse couche.

Parmi ses antécédents personnels, on ne remarque rien de particulier : elle fut seulement délicate jusqu'à l'âge de 7 ans. Sa famille présente quelques tares : le premier mari de sa mère était syphilitique (Eugénie est, il est vrai, issue du deuxième lit) et de ce premier mariage naquirent plusieurs enfants dont la plupart succombèrent ; un oncle fut interné à l'Asile de Rennes; son grand-père mourut à 63 ans, hémiplégique et vraisemblablement aphasique. Ajoutons que la malade était mariée depuis 2 ans, quand survint son accident et qu'elle eut une seule grossesse.

Examen physique. — T..., présente une hémiplégie droite tout à fait caractéristique : elle marche avec beaucoup de difficulté. Le membre inférieur droit est contracturé dans ses différents segments ; du même côté, le pied est écarté de l'axe du corps et légèrement tourné en dedans. Le membre supérieur droit accuse de la raideur : il est écarté du tronc, l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras, les doigts de la main contracturés et inclinés par leurs extrémités vers la face palmaire. Les membres hémiplégiés sont amaigris dans leur totalité ; on constate un amaigrissement notable des muscles de la ceinture scapulaire.

Le signe de la supination (Babinski) est positif : quand on tente de mettre la main et l'avant-bras du côté droit dans cette attitude forcée, on y parvient avec peine et si l'on abandonne le membre paralysé, celui-ci quitte brusquement la supination, pour se fixer en pronation.

Voici le résultat de l'examen des réflexes : le signe de Babinski est des plus nets à droite, négatif à gauche ; le clonus du pied est caractéristique à droite : d'ailleurs, la trépidation épileptoïde existe à l'état normal, en dehors même de la flexion à angle droit du pied sur la jambe. Du même côté, les réflexes patellaire et olécrânien sont exagérés : ils sont normaux à gauche.

La sensibilité au contact est très difficile à déceler. La sensibilité à la piqûre paraît normale à gauche et très diminuée à droite. Il semble de plus, que cette diminution aille en augmentant de l'extrémité du membre à sa racine. Au niveau de la face interne de la cuisse, par exemple, l'anesthésie est absolue. La sensibilité de la face, du thorax, de l'abdomen, est conservée, mais très diminuée. On constate, en outre, que la sensibilité thermique est, à droite, très retardée ; il est impossible de se rendre compte de sa diminution comme intensité.

Du côté droit, la peau, sous l'influence du froid prend facilement la coloration violacée, diffuse ou par plaques, et la température du corps est par endroits plus basse à droite qu'à gauche.

La malade présente un peu d'asymétrie faciale : la bouche est tirée à gauche et en haut, par suite de la déviation de la commissure labiale de ce côté.

Mais ce qu'il y a de remarquable chez Madame T..., ce sont les troubles de la déglutition, secondaires à la paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais. Il lui est impossible de manger assise ; à la rigueur pourrait-elle activer, à l'aide de ses doigts, la progression du bol alimentaire, mais cette alimentation serait bien défectueuse. Aussi, est-elle obligée, pour manger, de s'étendre horizontalement sur le sol, la tête légèrement relevée ; comme elle est infirme du bras droit, on lui introduit dans la bouche, une bouillie semi-liquide, et de cette façon, le bol alimentaire glisse par son propre poids : elle exécute ensuite des mouvements complexes avec le cou, pour faire progresser les aliments (1).

Sa langue est complètement paralysée, légèrement atrophiée, et n'est capable de faire aucun mouvement. On ne remarque pas de contractions fibrillaires à sa surface. La sensation vermiculaire de cet organe persiste à la palpation. De même, la paralysie de l'orbiculaire des lèvres et la contraction des muscles antagonistes entraînent l'élargissement transversal de la face ; aussi, quand elle ouvre la bouche, la malade présente un rictus caractéristique et sa physionomie prend un air pleurard. La salive s'échappe presque continuellement en bavant de sa bouche, et ruisselle sur son menton. Le voile du palais est paralysé ; il pend, inerte et permet ainsi le reflux nasal des liquides. Il ne se relève pas quand on le touche : le réflexe pharyngé est très diminué.....

Examen du larynx (pratiqué par M. le Dr Hautant, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital St-Antoine) : pas de paralysie des cordes vocales, mais anesthésie presque complète dans le territoire du laryngé supérieur.

Il n'existe pas de réaction de dégénérescence des muscles de la face : la malade abaisse la paupière supérieure, elle ouvre et ferme la bouche.

On constate des malformations dentaires, semblables à celles qui ont été décrites par Hutchinson : les dents sont cariées, petites, mal implantées. Les yeux sont également ouverts à droite et à gauche : les pupilles paraissent un peu dilatées dans l'obscurité ; elles réagissent bien à la lumière et sont un peu paresseuses à l'accommodation. On ne remarque rien du côté des orga-

(1) A l'heure actuelle (Février 1910) et depuis un certain temps déjà, la malade prépare elle-même ses aliments et *mange seule*, sans le secours d'aucune infirmière.

nes thoraciques : la respiration est normale ; les bruits du cœur sont bien un peu sourds, mais on ne constate pas de lésion valvulaire. Le pouls est régulier, bat à 80 ; les urines sont normales et il n'y a pas de troubles sphinctériens. Nous ajouterons que parfois, sans cause apparente, la malade est prise de rire ou de pleurs irrésistibles, presque de nature spasmodique.

Si nous étudions maintenant les troubles du langage, nous voyons que ceux-ci ne sont pas moins intéressants. Qu'il y ait anarthrie ou aphasie, le résultat est, dans les deux cas, d'aboutir à une perte complète de tout langage articulé. Eugénie émet seulement de temps en temps des sons inintelligibles, avec conservation de leur intonation respective.

La surdité verbale est complète. La malade ne comprend même pas son nom, quand on le prononce devant elle. La surdité porte aussi bien sur les mots que sur les chiffres.

T... éprouve du plaisir à entendre de la musique : si nous la conduisons auprès d'un piano, elle en manifeste une joie très vive, que sa physionomie reflète. La malade ne présente pas de surdité musicale (amusie sensorielle) : si nous lui jouons des airs connus (Au clair de la lune. Le roi Dagobert, etc.....) sa mimique, des plus expressives, nous fait penser qu'elle reconnaît ces airs et les distingue les uns des autres.

Pas de paraphasie, ni de jargonaphasie.

Cécité verbale. — La lecture mentale est atteinte ; pas de cécité littérale : nous découpons des petits carrés de papier sur lesquels se trouvent les lettres de l'alphabet et nous écrivons : « *montrez-nous la lettre H* » ; immédiatement Eugénie nous indique cette lettre au milieu de toutes les autres. Mais si nous changeons la question et si nous écrivons : « donnez-nous la lettre H », la malade continue à nous montrer la même lettre, mais sans nous la remettre. Ceci est vrai aussi bien pour les caractères imprimés que pour les caractères manuscrits. Il est difficile de savoir si T... présente de l'asyllabie, c'est-à-dire de l'incapacité à réunir en syllabes les lettres, qui séparément sont reconnues.

La malade est incapable de lire ce qui est écrit ou imprimé ; c'est de la cécité verbale pure : toutefois, on pourrait être induit en erreur par ce fait, que T... comprend çà et là quelques substantifs usuels, tels que « madame », « soulier », « front », « oreille », « cœur », sans saisir, malgré cela, le sens général de la phrase. En particulier, la compréhension des verbes et des adjectifs est nulle.

Si nous écrivons : « ouvrez la bouche », elle montre cet organe ; si nous incrivons : « ouvrez et fermez la bouche », elle fait *encore* le même geste. Elle lit facilement son nom et son prénom.

La lecture des chiffres est mieux conservée : nous écrivons d'une part, une série de nombres de 4 chiffres chacun, et d'autre part, l'un de ces nombres sur un petit carré de papier que nous présentons à la malade : immédiatement celle-ci trouve et nous indique le nombre correspondant inscrit dans la série.

La compréhension des emblèmes est de même assez bien conservée : nous étalons plusieurs cartes à jouer devant elle et nous traçons le mot « cœur » ; très rapidement, Madame T... pose le doigt sur la dame de cœur.

Etude des couleurs. — Eugénie différencie les couleurs du prisme les unes des autres. En effet, si nous exposons à sa vue, du bleu, du blanc, du rouge et si nous écrivons « couleur bleue », elle nous fait comprendre qu'elle saisit la signification du mot « couleur », et son doigt se promène simultanément sur le bleu, le blanc et le rouge.

Pas d'apraxie ; l'étude des différentes agnosies est assez difficile, car la malade présente une perte complète du langage articulé. Toutefois, la mimique supplée à l'insuffisance de cette fonction. Lui montre-t-on un objet, lui fait-on entendre le tic-tac d'une montre, elle reconnaît ces objets avec facilité.

Ecriture. — *Ecriture spontanée.* — Nulle. Agraphie totale. Toutefois la malade écrit spontanément de la main gauche (elle est hémiplégique droite) son nom de femme et son nom de jeune fille.

Ecriture sous dictée. — Impossible, du fait de la surdité verbale.

Ecriture d'après copie. — A peu près conservée, tout en étant maladroite et très déformée ; cette écriture est servile, sauf en ce qui concerne son nom, que la malade semble comprendre. L'écriture d'après copie existe aussi bien pour l'imprimé que pour le manuscrit. Toutefois, Madame T... ne transpose pas : elle transcrit l'imprimé en imprimé, le manuscrit en manuscrit.

L'écriture des chiffres est à peu près normale ; elle est, en tout cas, plus rapide et mieux exécutée que l'écriture des lettres et des mots.

Etude de la mimique. — La mimique est le trait caractéristique dans le tableau clinique de la malade. Cette mimique n'est nullement troublée : elle existe au contraire, sans aucune altération, à son plus haut degré. Eugénie a la compréhension parfaite des faits et gestes des personnes qui l'entourent : vient-on à lui demander de prendre un objet situé à sa portée, elle ne comprend pas, mais si on étend le doigt vers cet objet, immédiatement elle le saisit. De même, la mimique supplée à la perte totale du langage : quand on lui parle, elle fait signe qu'elle ne

comprend pas et quelquefois même elle pleure de dépit ; si dans un interrogatoire un peu trop prolongé, on dépasse l'heure de son dîner, elle vous prend par la main, vous conduit vers la pendule et fait signe qu'elle a faim.

En somme, l'absence de tout langage articulé a eu pour résultat de faire naître chez T... une mimique étonnamment développée, remarquable surtout par sa spontanéité et sa rapidité.

Nous sommes donc en présence, dans la description du tableau clinique précédent, de faits dont l'interprétation est délicate. Voici une malade hémiplégique à droite, dans l'impossibilité absolue de prononcer une seule parole et présentant de la surdité, de la cécité verbales, ainsi que de la paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais. A quoi correspond ce dernier syndrome paralytique ?

Cette jeune femme rentre-t-elle dans la catégorie des pseudo-bulbaires, ou bien est-elle atteinte purement et simplement d'une paralysie labio-glosso-laryngée ? Or, l'examen minutieux des signes physiques nous fait plutôt admettre comme vraisemblable la première hypothèse. En effet, le début brusque de la maladie par ictus sucessifs ayant amené tout d'abord une hémiplégie gauche qui a guéri, puis une hémiplégie droite qui a persisté, l'absence d'atrophie de la langue et de contractions fibrillaires à la surface de cet organe, l'absence de réaction de dégénérescence des muscles de la face, la présence du rire et du pleurer spasmodiques ainsi que d'une légère asymétrie faciale nous font pencher en faveur de la paralysie glosso-labiée cérébrale.

Cette question élucidée, il nous faut maintenant discuter la valeur seméiologique des troubles du langage : devons-nous considérer Eugénie T... comme une aphasique totale, à la fois motrice et sensorielle, avec hémiplégie, ou bien cette hémiplégie est-elle de même nature que la paralysie glosso-labiée cérébrale, sans aphasie motrice, avec extension simple de la lésion à la zone de Wernicke ? En d'autres termes, l'aphasie sensorielle ne faisant aucun doute chez la malade, faut-il voir dans la perte du langage articulé, un trouble résultant de l'anarthrie causée par la paralysie pseudo-bulbaire ou bien au contraire l'expression même de l'aphasie motrice ? Ou bien encore y a-t-il concomitance, ce qui déjà a été décrit dans plusieurs ouvrages ? (1) Telle est la triple question qui se pose.

L'épreuve de Lichtheim-Déjerine, forcément négative, puisque nous avons constaté chez T... de la cécité et de la surdité

(1) Comte. Des paralysies pseudo-bulbaires. Thèse de Paris 1900. — A. Marie et A. Vigouroux. Trois cas de Paralysie pseudo-bulbaire. Congrès de Marseille, 1899.

verbales avec perte du langage intérieur, est dans l'impossibilité de trancher le débat entre l'anarthrie et l'aphasie motrice.

Pour notre part, nous ne sommes guère disposé à admettre

Eugénie T..., atteinte simultanément d'aphasie sensorielle et de paralysie pseudo-bulbaire.

[Sur cette figure, on voit particulièrement bien l'hémiplégie du côté droit. La malade tient dans la main gauche un mouchoir, pour essuyer la salive qui s'écoule sans cesse de sa bouche et qui souille ses vêtements.]

l'existence d'un trouble aphasique moteur, la difficulté croissante à prononcer certains mots, les troubles progressifs du langage articulé avec ictus successifs, nous feraient plutôt penser à des lésions paralytiques, d'origine cérébrale, des organes de la pho-

nation ; ces lésions centrales seraient seules cause de l'anarthrie, anarthrie compliquée d'aphasie sensorielle.

Quoi qu'il en soit de ces sortes de lésions, le résultat est le même : les troubles précédemment décrits donnent à la malade un aspect caractéristique. Lorsqu'on voit celle-ci pour la première fois, on est frappé de sa ressemblance avec une idiote : l'air pleurard, le rictus particulier, qui vient, par instants, animer sa physionomie, les états émotionnels rapides et fugaces (le

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire.

[*La déglutition* normale *est impossible, par suite d'une paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais. Aussi, pour manger, Eugénie est obligée de s'étendre sur le dos, la tête légèrement relevée, afin qu'*elle-même *puisse s'introduire, dans la bouche, une bouillie semi-liquide qui coule par son propre poids dans l'œsophage, sans que les phénomènes de déglutition interviennent.*]

rire et le pleurer spasmodiques), le bavement presque continu de salive, viennent apparemment confirmer le premier diagnostic.

Or il n'en est rien. Il serait toutefois puéril de nier que Madame T... ne présente pas un certain degré d'affaiblissement psychique lié à l'extension des lésions cérébrales qu'elle porte, mais il est bien certain que ces troubles de l'intelligence sont plus apparents que réels.

Voici une malade anarthrique et aphasique sensorielle, dans l'impossibilité absolue de mouvoir ses lèvres et sa langue, inca-

pable de prononcer une seule parole, séparée par conséquent du milieu extérieur au milieu duquel elle vit, puisqu'elle ne peut ni parler, ni comprendre ce qu'on dit ou ce qu'on écrit devant elle ; il n'est donc pas surprenant qu'elle soit prise à première vue pour une idiote. Il lui est, d'une part, impossible d'extériori-

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire.
[*La malade est prise d'un accès de rire de nature émotif plutôt que spasmodique.*]

ser sa pensée, sauf peut-être au moyen de la mimique, et d'autre part, de s'intéresser vivement à ce qui se passe autour d'elle, puisqu'elle reste isolée du monde qui l'entoure : c'est la raison pour laquelle Eugénie présente des troubles intellectuels apparents ; mais elle n'est pas plus démente qu'idiote. Comme elle

est muette, il est assez difficile d'apprécier l'état de ses facultés ; conscience, mémoire, imagination, raisonnement. Son attention n'est pas troublée : ainsi, Madame T... prend plaisir à entendre de la musique et en manifeste une vive joie. De même pour le jugement : elle reconnaît parfaitement les médecins qui

Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire.
[Le regard est animé, la physionomie intelligente.]

la soignent et les infirmières qui la font manger. Quand l'heure du repas approche, elle va chercher un paillasson sur lequel elle s'étend, afin de déglutir plus facilement les aliments qu'elle-même s'introduit dans la bouche à l'aide d'une cuiller.

La compréhension des signes est parfaite ; si, dans l'épreuve

de la cécité littérale, nous demandons à la malade de reconnaître une lettre, qui, à dessein, ne se trouve pas parmi les autres lettres inscrites sur des carrés de papier, elle fait comprendre immédiatement par sa mimique, que le caractère cursif cherché est absent.

Lui ordonnons-nous par signes, de fermer les yeux ou de s'asseoir, elle exécute très rapidement ces mouvements.

Son affectivité est exaltée ; ainsi, lorsqu'elle reste sans nouvelle de ses parents, pendant quelques jours, elle pleure, devient irritable et manifeste son mécontentement aux personnes de son entourage ; enfin, la missive si attendue arrive : une joie profonde se peint sur son visage ; elle n'en comprend pas le sens, mais sans doute l'aspect général de l'écriture, quelques mots reconnus çà et là lui suffisent pour donner satisfaction à ses sentiments familiaux. Bien plus, Eugénie étant incapable d'écrire, va trouver une de ses compagnes, qu'elle prie par gestes de répondre à la lettre de la famille. Nous voyons cette scène se renouveler plusieurs fois par mois.

Son attention est-elle mise en éveil par un événement inattendu : T... prévient sur le champ la surveillante de son quartier, qu'elle conduit aussitôt vers l'endroit où il lui semble se passer quelque chose d'anormal.

Ajoutons que la malade se met facilement en colère et qu'elle présente ces troubles du caractère si fréquents chez les individus porteurs de lésions circonscrites du cerveau.

En résumé, nous n'hésitons pas à déclarer, que toute l'intelligence d'Eugénie T... est concentrée dans une mimique des plus expressives, dont l'étude vient infirmer le diagnostic d'idiotie ou de démence qu'on est si disposé à porter, lorsqu'on examine superficiellement cette malade.

Août 1909. — Amélioration notable de la cécité verbale et de l'agraphie : Eugénie écrit spontanément et répond elle-même aux lettres de sa famille, qu'elle semble lire avec une certaine facilité. La surdité verbale n'a pas varié.

Février 1910. — Aucun changement appréciable dans l'état de Madame T... La surdi-cécité verbale est restée stationnaire et l'intelligence, toujours aussi vive et aussi spontanée, se manifeste en maintes circonstances ; c'est ainsi que la malade joue aux dominos avec la plus grande habileté et nous gagne à différentes

OBSERVATION LIV

Coexistence des syndromes pseudo-bulbaire et aphasique. Fonds démentiel sur lequel se développent des impulsions motrices et des idées obsédantes de suicide.

(A. Marie et A. Vigouroux. Congrès de Marseille. 1899).

V. Angélina, Veuve L..., née en 1835. Entrée en Avril 1897 à Sainte-Anne, venant de l'hôpital Lariboisière.

Affaiblissement intellectuel avec accidents alcooliques, hallucinations, tremblement des mains (Magnan).

Affaiblissement intellectuel avec aphasie, paralysie (Toulouse).

Affaiblissement intellectuel léger avec accidents alcooliques, paralysie incomplète (Toulouse).

Transférée à la Colonie (3 Novembre 1897).

Pas de renseignements héréditaires.

Ouvrière en boutons de soie. Depuis 1870, elle fait des ménages ; devenue veuve, elle a vécu quelque temps avec un ouvrier boulanger qu'elle accuse de brutalité à son égard. Elle est entrée à l'hôpital Lariboisière pour des douleurs et c'est de là qu'elle fut envoyée à l'Asile.

Il est difficile d'avoir sur son compte des renseignements plus précis.

La mémoire des événements récents est presque nulle et celle des événements antérieurs mal conservée. Son passage à Lariboisière, à Ste-Anne, à Villejuif n'a laissé aucune trace dans sa mémoire, au moins comme date, les faits en eux-mêmes lui ont laissé quelque souvenir.

En dehors de cet affaiblissement intellectuel, elle ne présente pas *d'aphasie* à proprement parler. Elle parle au contraire avec volubilité, elle dit cependant Madame pour Monsieur dans la conversation.

Elle se plaint d'une faiblesse générale des membres. Les réflexes patellaires sont un peu exagérés.

Elle présente de la polyurie : 2 litres et demie en 24 heures, sans albumine mais avec trace de sucre.

C'est une femme petite, courbée sur elle-même. Ce qui frappe dans sa physionomie, c'est un strabisme convergent de l'œil droit et une paralysie faciale droite.

L'œil droit est dévié en dedans. Le champ du déplacement du globe oculaire en dehors, est limité.

Elle ne peut regarder en bas.

La paupière supérieure, qu'elle abaisse à volonté avec l'autre œil, ou seule, reste inerte quand elle s'efforce d'abaisser l'œil

en bas (dissociation des mouvements d'abaissement du globe et de la paupière).

La pupille droite est en mydriase moyenne, plus dilatée que la gauche et elle ne réagit pas à l'accommodation ni à la lumière.

Elle a présenté de la diplopie et le phénomène de fausse projection. Elle voyait double, dit-elle, et elle ne pouvait saisir les objets qu'elle voyait, elle allait toujours les chercher plus à gauche.

La parésie faciale se reconnaît à un léger effacement des sillons et à la difficulté qu'a la malade de siffler et de souffler (ophtalmoplégie externe).

Il était naturel de penser à la paralysie bulbaire (ou nucléaire) du N. facial, du N. M. O. externe, du droit inférieur et des fibres sympathiques de la III[e] paire, d'autant plus qu'elle présente de la *polyurie* qui occasionne le gatisme matutinal qui désespère la malade.

L'existence de la paralysie faciale du même côté que l'ophtalmoplégie, exclut l'idée d'hémiplégie externe.

Mais, d'un autre côté, l'aphasie constatée antérieurement implique l'existence d'une lésion corticale du côté gauche et peut-être, des lésions *corticales multiples, peuvent-elles* expliquer ces différentes paralysies.

Etat mental. — Affaiblissement intellectuel et surtout de la mémoire (localisation dans le temps), la mémoire des noms et celle des faits eux-mêmes est assez bonne.

Douce et très tranquille, elle présenta à plusieurs reprises des fugues ambulatoires.

Elle partait à 3 ou 4 kilomètres, allant droit devant elle, sur une route, dans un bois, etc. Rien n'indiquait la préméditation ou l'idée d'une évasion, car elle se trouvait très bien, nous disait-elle dans la maison où elle était placée.

En rentrant de ces fugues, elle en donnait néanmoins des explications étranges et variables.

D'autre part, on s'aperçut que les puits exerçaient sur elle une certaine attraction, elle les regardait de loin, et parfois s'en éloignait avec terreur.

Et cependant, à plusieurs reprises, elle fit un commencement de tentative pour se jeter dans l'un d'eux.

Si on l'interroge sur cette aversion qu'elle a pour le puits et sur ce désir étrange qu'elle a de s'y jeter, elle en trouve aussitôt l'explication : quelqu'un veut qu'elle s'y jette. Tantôt c'est une malade, sa compagne ; tantôt sa nourricière, tantôt c'est le médecin même qu'elle accuse. Elle prétend qu'elle l'a entendu dire « il faut se débarrasser d'elle ; jetez-la dans le puits » ; une autre fois, les médecins, eux-mêmes, ont voulu l'y jeter.

Cette malade ne présente pas d'hallucination de l'ouïe, et il est certain que les paroles, qu'elle prétend avoir entendues, n'ont jamais été prononcées. Du reste, elle varie dans ses explications, n'attribue pas toujours les mêmes paroles aux mêmes individus. Et il nous paraît évident que ce sont des tentatives d'explication d'une obsession.

L'attirance que le puits exerce sur elle est manifeste dans tout ce qu'elle dit : elle connaît tout ceux du quartier, « il y en a un commode, facile, il n'y aurait qu'à lever la jambe et on y serait. »

Un autre, plus près d'elle, est d'abord plus difficile, et en face se trouve un chantier avec des ouvriers et ceux-ci empêcheraient bien qu'elle s'y jette. Du reste, son cadavre priverait d'eau tout le quartier, ce qui est une raison pour qu'elle ne le fasse pas. Elle avoue que, lorsqu'elle voit un puits, tous les phénomènes de l'obsession se manifestent chez elle : anxiété, sueur, battement de cœur, etc.

Cette obsession est, du reste, très ancienne; elle se rappelle que, dans sa jeunesse, l'eau courante avait pour elle cette attraction, elle évitait de passer le long d'une rivière de peur de s'y jeter.

D'autre part, l'intoxication alcoolique ancienne joue son rôle dans la persistance de cette obsession, et elle rêve tous les jours qu'elle tombe dans un puits, qu'on l'attache avec une corde et qu'on la plonge dans l'eau. Peut-être son incontinence d'urine est-elle la cause adjuvante de ce rêve.

De même que cette obsession, l'impulsion ambulatoire est d'origine dégénérative. Elle prétendait qu'elle était partie sans savoir pourquoi, d'autres fois, pour fuir un danger, pour visiter une église, mais, en réalité, elle partait pour marcher, aller droit devant elle, puis elle se perdait et alors le regret de l'acte arrivait.

La claustrophobie était peut-être cause de ces fugues. Elle a une sorte d'agoraphobie bien spéciale une fois dehors, la route droite lui semble se rétrécir et se fermer par suite du rapprochement des deux côtés de la route.

L'épilepsie ne peut pas être mise en cause ; elle n'a jamais eu d'attaque ni présenté aucun stigmate de cette névrose. L'incontinence nocturne d'urine est régulière et due à une parésie sphinctérienne.

OBSERVATION LV

Aphasie motrice compliquée d'anarthrie. Cécité et surdité verbales. Apparence démentielle ; très bon état intellectuel. (Sous le nom « *d'aphasie ou démence* », MM. Klippel et Pierre Weil publient l'observation suivante dans la *Revue Neurologique* du 15 mai 1908).

Observation. — « L... Fr..., âgé de 42 ans, ébéniste, entre à l'Hôpital Tenon, le 13 Avril 1908, au N° 10 de la Salle Bichat.

Le malade ne peut donner lui-même aucun renseignement sur la cause qui motive son admission, ni sur ses antécédents ; ses réponses, en effet, sont désordonnées, incohérentes, très difficiles à comprendre, et en même temps qu'un affaiblissement intellectuel qui paraît considérable, le malade a un trouble manifeste de l'élocution.

Ce qui frappe, dès qu'on l'examine, c'est une paralysie faciale droite avec intégrité du facial supérieur. Le sillon nasogénien droit est moins marqué que le gauche ; la commissure buccale est, du côté droit, plus rapprochée de la ligne médiane que du côté opposé ; lorsque le malade rit ou essaye de parler, cette paralysie faciale devient des plus manifestes. On ne constate cependant pas de soulèvement passif de la joue par l'air expiré. Le muscle frontal et l'orbiculaire des paupières se contractent avec la même force à droite et à gauche, ce que l'on peut constater nettement, en s'opposant à leurs mouvements.

La langue se meut assez facilement dans le sens transversal et dans le sens vertical; mais si on demande au malade de la tirer, il n'y arrive pas : c'est à peine s'il peut porter la langue de quelques centimètres hors de la cavité buccale, malgré les efforts marqués qu'il fait, et qui se traduisent par une contraction intense des muscles de la moitié gauche de la face ; la pointe de la langue se porte vers la commissure buccale gauche : à un examen superficiel, le malade pourrait sembler présenter un spasme glosso-labié.

La luette ne semble pas déviée. Il n'existe aucun trouble du goût, de l'ouïe, de l'odorat.

Au niveau de la région parotidienne droite, le malade présente une tumeur bas située, dure, résistante, lisse, grosse comme un œuf de pigeon ; elle atteint en arrière le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, et reste distante, par son pôle inférieur, de 2 ou 3 cm de l'angle de cet os. Cette tumeur est mobile à la fois sur les plans superficiels et sur les plans profonds ; elle ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire ; elle n'est pas perçue par le toucher buccal.

Le membre supérieur du côté droit est légèrement parésié : si l'on présente un crayon au malade pour qu'il écrive, il ne peut le prendre que maladroitement de la main gauche et le placer secondairement dans l'autre main. Pour écrire, il prend fortement appui sur la table de tout son membre supérieur et trace les caractères en remuant le bras tout entier. D'ailleurs au dynamomètre, la contraction musculaire de la main droite n'atteint qu'une force de 20 kilogrammes ; elle dépasse 40 du côté opposé. Le malade ne peut s'opposer, comme il peut le faire à gauche, à ce que l'on étende l'avant-bras sur le bras droit.

Au niveau des membres inférieurs, la parésie est des plus légères à droite ; tout au plus constate-t-on, après que le malade a marché un certain temps, qu'il soulève moins bien ce pied-ci que l'autre.

Tous les réflexes tendineux sont exagérés à droite d'une façon très notable ; de ce côté il existe du clonus, mais le signe de Babinski manque, ainsi que le réflexe contra-latéral des adducteurs.

Les réflexes cutanés (crémastériens, abdominaux) sont abolis à droite. Enfin, l'exploration de la sensiblité dénote une hypoesthésie très légère, il est vrai, de toute la moitié droite du corps, à la piqûre et à la chaleur.

Il n'existe pas de trouble trophique, ni spinctérien. Les pupilles, égales, réagissent bien à la lumière et à la distance. L'examen électrique des muscles n'a pas été pratiqué.

Lorsqu'on interroge ce malade, on constate qu'il répond mal aux questions et qu'il y répond souvent d'une façon incompréhensible. Il présente des troubles de l'intellectualité et en plus de la dysarthrie. « Etes-vous bien assis ? » lui demande-t-on. « C'est-à-dire, répond-il, que nous vous voyons rarement pour travailler. » Mais si, au lieu de solliciter une réponse, on lui donne un ordre simple : « Ouvrez les yeux » par exemple, il l'exécute, que l'ordre soit donné verbalement ou par écrit. Mais, très rapidement, le malade confond les ordres, ou bien, il arrive encore à lire correctement ce qu'on lui demande de faire par écrit, mais il ne l'accomplit plus. Il existe donc, d'une part, de la cécité et de la surdité verbales, et d'autre part, une fatigue rapide des fonctions intellectuelles.

L'aphasie, que présente cet homme, est le fait le plus saillant de ses troubles intellectuels ; rarement il trouve avec facilité et spontanément le nom de l'objet qu'on lui présente, mais il le reconnaît bien, comme on peut s'en assurer par le soulagement apparent qu'il éprouve, lorsqu'on lui a dit le mot qu'il cherchait, par l'énervement que provoque chez lui la constatation de son trouble de la parole, et par les périphrases qu'il em-

ploie, pour remplacer le substantif qui lui manque. On lui demande le nom d'une serviette qui lui est présentée : « Pour laver quand il est sale, » dit-il ; d'un crayon : « C'est pour écrire ce qu'on veut aujourd'hui. »

Quand on demande d'écrire au malade, les premiers mots sont bien tracés, mais très rapidement il se fatigue ; il écrit des mots incorrects ou même n'arrive plus à tracer convenablement une lettre ; mais il voit sa faute, il barre, il surcharge, il jure, il s'étonne de ne plus pouvoir écrire.

L'écriture en miroir de la main gauche se fait tout d'abord bien, mais ici encore on constate rapidement des phénomènes de fatigue.

Le copiage est possible ; le malade ne reproduit pas servilement le dessin des caractères.

La lecture et l'écriture des chiffres, les principales règles de calcul peuvent se faire avec cette restriction toutefois, que très rapidement le malade se fatigue, se trompe ; il essaye alors de corriger, il s'impatiente, comme il faisait lorsqu'il écrivait des mots.

Enfin, le malade ne présente aucun trouble de la sphère affective ; il conserve relativement bien le souvenir des faits anciens et présents ; il est capable d'attention et de volonté, d'imagination et de jugement.

Tous les autres organes sont sains. Rien d'anormal au niveau du cœur. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'interrogatoire de l'entourage du malade et de sa famille, nous apprend que cet homme avait toujours été bien portant.

Son père est mort d'un cancer de la langue et sa mère d'hémorragie cérébrale, semblerait-il. Il a eu trois frères morts en bas âge et une sœur vivante et bien portante.

Il n'aurait pas eu la syphilis.

Sa tumeur parotidienne remonterait à une quinzaine d'années.

C'est un éthylique avéré.

Il y a cinq ou six mois, voulant se lever dans la nuit, le malade aurait eu un vertige et serait tombé, mais cet incident aurait été sans suite.

La veille du jour où il est entré à l'hôpital, il eut brusquement, à son lever, un ictus avec perte de connaissance ; il eut de l'incontinence des sphincters, puis revint à lui : c'est de ce moment que semblent dater sa paralysie faciale et ses troubles intellectuels. A déjeuner, il veut manger les os de la viande et tord la fourchette dans sa bouche. On l'envoie le lendemain à l'hôpital. »

En résumé, MM. Klippel et Pierre Weil rapportent l'observa-

tion d'un homme de 42 ans, atteint d'hémiplégie droite avec dysarthrie et troubles intellectuels marqués. Toutefois Z... n'est pas dément : « il présente, il est vrai, des troubles de la compréhension, et, comme un dément, il présente rapidement des phénomènes de fatigue intellectuelle, qui influent sur les opérations psychiques pour les diminuer. Mais cet homme ne présente aucun trouble de la sphère affective ; s'il s'énerve et s'affecte, lorsqu'il ne trouve pas le mot qu'il cherche, ce trouble n'est pas démentiel, car il est lié, non à la maladie, mais à l'un de ses symptômes. Il n'a pas cette amnésie du dément, qui s'étend aux mots, aux idées, aux notions scientifiques et personnelles. Notre malade est capable de penser, mais il exprime mal ce qu'il ressent, parce qu'il ne trouve pas facilement le mot qu'il cherche, et parce qu'il ne le prononce pas avec netteté, du fait de sa glossoplégie. Il n'a pas cette incohérence verbale du dément, cette puérilité de langage et d'idées, ces délires qui se greffent fréquemment sur le fonds démentiel. Notre malade est capable d'attention et de volonté, d'imagination et de jugement ; il sait reconnaître ses erreurs, soit spontanément, soit que, d'un geste, d'un mot, on ait attiré son attention, et il essaye alors de les corriger.

En résumé, les troubles intellectuels de notre malade sont uniquement liés à son aphasie ; mais cette aphasie est compliquée d'anarthrie et c'est ce qui explique la première impression que donne le malade, quand on lui cause..... Au premier abord, ce sujet paraît être un dément, tandis que plus on l'étudie et plus on s'aperçoit que les troubles de l'intelligence sont ici le résultat de l'impossibilité de trouver les mots et d'exprimer une pensée. On a pu, dans quelques cas, confondre un aphasique avec un dément. »

OBSERVATION LVI (résumée)

Notes préliminaires sur un cas d'aphasie-apraxie. (F. d'Hollander. *Bulletin de la Société de Médecine mentale* de Belgique. N° 128. Août 1906).

Observation d'un malade atteint d'hémiparésie droite avec aphasie motrice corticale, agraphie et alexie.

Pas de surdité verbale.

Ce malade, qui *n'était pas dément*, présentait en outre de l'apraxie idéo-motrice (type Liepmann).

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

L'état mental des aphasiques, considéré au point de vue médico-légal, a été étudié tour à tour par les auteurs les plus compétents, entre autres par Sazie (1) et De Finance (2) dans des thèses très documentées.

La valeur incontestable de ces deux ouvrages, l'excellence du dernier notamment, nous dispensent de longs commentaires, d'autant plus que, chemin faisant, nous avons indiqué les différents problèmes médico-légaux que soulève la question de l'aphasie, traitée dans ses rapports avec la démence et les vésanies.

Les aphasiques devant la loi pénale. — Les affaires criminelles soumises à l'appréciation des tribunaux et dans lesquelles le médecin légiste est appelé à intervenir se ramènent, en dernière analyse, à l'estimation du degré d'intelligence et par conséquent de responsabilité que présentait le prévenu au moment de la perpétration du crime ou du délit. Est-il sain d'esprit, possède-t-il un degré de volonté et de raison suffisant pour que l'acte incriminé ait été libre et conscient, le prévenu est évidemment responsable ; comme tel il doit tomber sous le coup de la loi et subir le juste châtiment qu'il a encouru.

Lorsqu'au contraire, l'agent manifeste un trouble profond des facultés intellectuelles, il doit être regardé comme

(1) Charles Sazie. — *Troubles intellectuels dans l'aphasie.* Thèse de Paris, 1879. A Parent, Editeur.

(2) A. de Finance. — *Etat mental des aphasiques ; considérations médico-légales.* Thèse de Paris, 1878. A Parent, Editeur.

irresponsable et bénéficier de l'article 64 du Code pénal qui arrête toute poursuite en face de la démence : « *Il n'y « a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de « démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été con- « traint par une force à laquelle il n'a pu résister.* »

Par cette juste exception, le Code garantit les malades des peines infamantes réservées aux criminels et leur évite le déshonneur d'une condamnation ; mais comme, sans être coupables, ces individus sont néanmoins dangereux pour la Société, celle-ci a le droit et même le devoir de se mettre en garde contre toute nouvelle entreprise de leur part, en les plaçant dans un Etablissement spécial, conformément aux sages dispositions de la loi de 1838.

Il existe enfin un troisième groupe d'aphasiques, dont la liberté est assez restreinte pour qu'on ne puisse leur faire porter, sans injustice, l'entière responsabilité de leurs méfaits. Chez eux, le jugement et la volonté sont affaiblis, mais tout sens moral n'est pas complètement disparu. Ces individus, réputés partiellement responsables de leurs actions, ne doivent, en aucun cas, subir la conséquence pénale de l'acte délictueux qu'ils ont commis : « Je demande, « écrit à leur sujet Legrand du Saulle, qu'un article addi- « tionnel vienne compléter la loi du 30 Juin 1838, et or- « donne la création d'un Etablissement central unique- « ment consacré aux individus atteints ou soupçonnés de « quelque trouble psychique, et frappés de condamna- « tions, ou, tout au moins, l'ouverture dans les principaux « asiles publics d'aliénés d'un quartier spécial (1). »

Les affaires criminelles, dans lesquelles des aphasiques se trouvent compromis, sont rares, on peut dire exceptionnelles ; cela tient à ce que les sujets, chez qui la faculté du langage est supprimée, manifestent, en général, une propension peu accusée au vol, à l'homicide, ou aux délits de toutes espèces.

Les aphasiques devant la loi civile. — La question de la capacité civile des aphasiques n'est pas moins complexe que celle de la responsabilité criminelle. Elle soulève plu-

(1) Legrand du Saulle. — *Pétition adressée au Sénat le 22 Février 1863.*

sieurs problèmes : l'aphasie est-elle une raison suffisante d'interdiction ? Est-elle un motif valable d'opposition à un mariage ou de demande en nullité ? Peut-elle être considérée comme un empêchement à l'usage du droit de tester ?

Nous n'avons pas l'intention de traiter à fond un sujet qui a été bien étudié avant nous ; contentons-nous simplement de rappeler les quelques considérations médico-légales auxquelles donnent lieu l'interdiction et le testament des aphasiques.

Dans l'article 901 du Code civil, le législateur déclare formellement que « *pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit.* » Or, comme beaucoup d'aphasiques ne semblent pas jouir de la plénitude de leur raison, comme, chez certains d'entre eux, les facultés intellectuelles paraissent avoir subi une grave atteinte, il s'ensuit que la validité des actes testamentaires faits ou signés par ces malades a été et est encore fréquemment contestée devant les tribunaux.

La jeune femme anarthrique et aphasique sensorielle, que M. Briand a présentée à la Société Clinique de Médecine Mentale (Séance du 20 juillet 1908) et dont nous rapportons l'observation dans ce travail (Obs. LIII), peut, à cet égard, être considérée come un cas type, car « il se pose à « son propos une question médico-légale du plus haut intérêt : Madame T... pourrait-elle tester ? — Pour qu'un « testament soit valable, il faut qu'il soit écrit en entier de « la main du testateur, ou dicté à un notaire en présence « de témoins, ou bien encore présenté clos et scellé à un no- « taire, en présence de six témoins. Notre malade ne pour- « rait évidemment faire de testament olographe ; il ne lui « serait probablement pas davantage possible de trouver « un notaire pouvant comprendre et écrire ses volontés ; « mais il serait facile de rencontrer 6 personnes interpré- « tant ses volontés exprimées par gestes et dont l'une les « traduirait sur le papier. Un testament mystique, déposé « dans ces conditions, serait-il accepté par les tribunaux ? « — Il est à craindre que non, et cependant, j'ai la profonde « conviction que Madame T... conserve une intelligence « suffisante pour exprimer ses désirs, par une mimique « très précise, très claire et facile à comprendre pour les

« personnes qui vivent habituellement dans son entoura-
« ge (1). »

MM. Briand et Vigouroux (2) ont fort judicieusement insisté sur un danger particulier que présentent les aphasiques agraphiques au point de vue médico-légal. Ceux-ci peuvent, en effet, lorsqu'ils sont atteints de cécité verbale, copier servilement les modèles manuscrits qu'on leur soumet, sans en saisir le sens ni la portée. Il est donc possible d'obtenir d'eux par ce procédé des documents manuscrits, tels que testaments, donations, legs, le tout écrit de leur main, daté, signé et paraphé. C'est ainsi que Vigouroux a pu réaliser sur le malade Tréz... (voir observation XXXIII) une véritable *expérience de captation testamentaire,* dont on entrevoit l'intérêt pratique et médico-légal.

Briand a montré les difficultés soulevées par l'aphasie sensorielle dans les questions d'ordre médico-légal. Cet auteur eut l'occasion de voir un testament écrit par un homme considéré comme dément. Beaucoup de mots étaient incomplets ou l'un était remplacé par un autre. Mais on pouvait cependant très bien deviner les intentions du testateur. Les magistrats n'en considérèrent pas moins ce testament comme non valable (3).

Dans le même ordre de faits, Bourdin rapporte l'anecdote suivante : il connut un individu aphasique qui paraissait avoir conservé une notable partie de son intelligence. Comme il désirait faire son testament et léguer à son neveu une partie de sa fortune, on appela un notaire. Celui-ci fait au testateur les questions d'usage : « Voulez-vous donner à votre neveu une certaine partie de votre fortune ? » — Oui, lui répondit le malade par le geste et la parole. Mais comme il ne pouvait entrer dans le détail de son legs, le notaire refusa son office en alléguant qu'en qualité

(1) Marcel Briand. — Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire, chez une jeune femme, idiote en apparence, et non démente (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale,* n° 3, Juillet 1908, Page 54).

(2) A. Vigouroux. — Etat mental des aphasiques sensoriels (*Société Médico-psychologique,* Séance du 22 Juillet 1901. Discussion : M. Briand).

(3) Marcel Briand. — *Société Médico-psychologique,* Séance du 22 Juillet 1901.

de notaire, il avait besoin que l'individu lui dictât sa pensée. Trois ou quatre jours après, l'aphasique est mort sans laisser de testament (1).

Ces quelques exemples suffisent à nous rendre compte de l'état d'infériorité sociale où se trouvent les malheureux sujets atteints d'aphasie sensorielle : que ceux-ci soient en plus paraphasiques, ou bien que la paraphasie existe seule, sans surdité ni cécité verbales concomitantes, et les voilà jugés par le public qui, en maintes circonstances, les regarde comme des fous. Les arrêts rendus par les magistrats s'inspirent trop souvent de la croyance populaire : nous devons le constater et en même temps le regretter.

Aussi, de tels infirmes du langage ne sauraient être abandonnés complètement à eux-mêmes ; ils ont besoin d'aide et de protection, et à défaut d'une famille qui se charge de leur prêter assistance, c'est dans un hôpital ordinaire et non dans un Etablissement d'aliénés, qu'il convient de les placer.

Les considérations que nous venons de faire valoir touchant les actes testamentaires des aphasiques, trouvent naturellement leur place dans toutes les questions où la capacité civile de ces individus est soumise à discussion. Nous avons vu, dans un précédent chapitre, qu'un avocat distingué, M. Jules Lefort, proposait, en 1872, de pourvoir *tous* les aphasiques d'un conseil judiciaire pour les assister dans la gestion de leurs affaires (2). La Société de Médecine légale combattit, d'ailleurs, cette opinion comme trop absolue, et conclut, sur le rapport de M. Demange, qu'on devait laisser à la sagesse des tribunaux le soin d'apprécier, pour chaque cas en particulier, s'il était nécessaire de recourir à la nomination d'un conseil judiciaire.

Nous ne pouvons que nous associer à ces conclusions parfaitement légitimes. Dans quelles circonstances, en effet, a-t-on le droit de restreindre la liberté d'un aphasique et plus particulièrement de prononcer son interdiction ?

(1) Bourdin. — *Société Médico-psychologique,* Séance du 30 Avril 1877.

(2) Jules Lefort, Avocat à la Cour d'Appel de Paris. — Remarques sur l'interdiction des aphasiques (*Annales d'hygiène et de médecine légale,* Octobre 1872).

Dans tous les cas, à notre avis, où la déchéance des fonctions intellectuelles, où l'atteinte irrémédiable du jugement, de la mémoire et de la volonté, font que le malade est incapable de se diriger et de subvenir à ses besoins. L'interdiction vise alors beaucoup moins l'aphasique que le dément et l'aliéné (cas de Ch... Maria, observation XX).

S'agit-il, au contraire, d'un sujet qui a conservé la plénitude de ses facultés, chez qui l'intelligence reste entière, comme cela se voit le plus souvent, chez les aphasiques moteurs ou sensoriels frappés de lésions sous-corticales (aphasiques purs) ? Il est bien évident que, dans ce cas, toute mesure attentatoire à la liberté ou toute mesure de protection judiciaire serait abusive et vexatoire (cas de Madeleine R..., observation I).

Il existe enfin des aphasiques qui, tout en étant lucides, sont néanmoins inhabiles à diriger leurs affaires et à défendre leurs intérêts. Ne disposant plus d'une force de caractère suffisante pour pouvoir se soustraire aux tentatives spoliatrices de leur entourage, ces individus deviennent la dupe de certains intrigants — amis d'un jour, inconnus, domestiques — qui les dominent et les exploitent au détriment de leur famille. Comme, d'une part, on ne peut interdire de tels malades, comme, d'autre part, on ne peut leur laisser la libre disposition de leurs biens, il sera nécessaire de s'arrêter à un parti mixte : on aura recours à la nomination d'un conseil judiciaire (cas d'Eugénie T..., observation LIII).

L'étude médico-légale de l'aphasie soulève encore d'autres problèmes du plus haut intérêt.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un jeune soldat atteint d'aphasie presque totale et mis à la réforme à la suite de son infirmité. L'autorité militaire n'a pas jugé à propos de conserver cette recrue, à propos de laquelle nous disions en substance (1) (voir observation V) : une mise à la réforme complète étant toujours préjudiciable aux intérêts de la personne qui en fait l'objet, devons-nous espérer que notre malade se rétablira au point d'éviter une semblable mesure ? Il est hors de conteste que, chez un jeune

(1) A l'époque où nous écrivons ces lignes (Juillet 1908), le malade n'était pas encore réformé d'une façon définitive.

homme robuste frappé d'aphasie organique (totale ou seulement partielle), la médication spécifique donne souvent des résultats inattendus. Il semble donc que C..., victime probable d'une endartérite syphilitique, puisse tirer un bénéfice énorme d'un traitement mercuriel intensif.

La loi du 9 Avril 1898 nous permet d'envisager certaines hypothèses fort instructives, en ce qui concerne les rapports de l'aphasie avec les accidents du travail.

Première hypothèse.

Un ouvrier fait une chute sur la tête, se blesse et devient aphasique : peut-on considérer la perte du langage comme le résultat du traumatisme *(aphasie post-traumatique)* ou bien faut-il incriminer l'ictus apoplectiforme dont la soudaine apparition a provoqué la chute qui n'est alors pour rien dans la genèse de l'aphasie ?

Deuxième hypothèse.

Dans les conditions d'une aphasie considérée comme accident du travail, sur quelle base doit-on s'appuyer, pour fixer l'indemnité allouée, d'après la loi, à l'ouvrier ou à l'employé victime de l'accident ? En d'autres termes, comment affirmer avec certitude que l'incapacité de travail, résultant de la perte du langage, est *absolue* ou *partielle*, *permanente* ou *temporaire* — déduction faite, cela s'entend, de l'incapacité de travail consécutive aux troubles moteurs qui peuvent apparaître simultanément du côté des membres ?

Cette dernière question est particulièrement délicate à résoudre ; n'oublions pas, en effet, que l'aphasique, s'il n'est pas d'emblée un affaibli intellectuel, est, du moins, un « *blessé du cerveau* », susceptible, il est vrai, de s'améliorer, mais aussi de verser plus ou moins rapidement dans la démence. Tel malade, incapable de s'exprimer ou de comprendre le sens des mots entendus ou lus, va recouvrer peu à peu la fonction du langage, en totalité ou en partie. Tel autre restera à jamais frappé d'aphémie, de cécité ou de surdité verbales, en dépit de toutes les méthodes employées pour le rééduquer.

Dans ces conditions, il est facile de se rendre compte de la tâche ardue qui incombe à l'expert chargé de prévoir les destinées d'un aphasique, afin d'attribuer à cette malheureuse victime l'indemnité qui lui est due.

Le médecin légiste doit, en pareille circonstance, s'efforcer de répondre aux deux questions suivantes :

1°) *Dans quelle mesure l'aphasie apporte-t-elle une perturbation à l'exercice du métier ou de la profession du malade ?*

2°) *Quel avenir est réservé à l'aphasique ? Y a-t-il lieu d'espérer une amélioration, une guérison, ou bien au contraire, faut-il redouter, à plus ou moins longue échéance, une aggravation de l'infirmité ?*

La première question n'offre, à vrai dire, aucune difficulté insurmontable : pour la résoudre, l'expert n'a qu'à faire l'appréciation exacte du degré d'incapacité consécutif à l'accident, ce degré d'incapacité étant très relatif et essentiellement variable d'un sujet à l'autre. En outre, il importe de tenir compte de *la profession même* du malade : de deux individus qui manifestent des troubles du langage à peu près identiques, mais dont le métier exige des aptitudes différentes (un ouvrier boulanger et un ouvrier typographe par exemple), l'un sera, dans son travail aussi habile que par le passé, tandis que l'autre, se fatiguant rapidement, se verra dans l'impossibilité d'accomplir une besogne satisfaisante.

Quant à la deuxième question, elle est, à notre avis, insoluble. L'expert doit s'en tenir à des hypothèses et ne formuler aucune conclusion, qu'après avoir envisagé l'éventualité de complications à distance du traumatisme, méningo-encéphalite diffuse ou démence organique.

Les considérations précédentes nous amènent à parler d'une remarque fort juste qui nous a été faite par un magistrat très féru de psychiatrie médico-légale, chargé de la visite semestrielle des Asiles publics d'aliénés, en vertu de l'article 4 de la loi du 30 Juin 1838. Ce distingué magistrat, établissant un parallèle entre les sourds-muets et les aphasiques, nous demandait pourquoi, dans toutes les questions où la capacité civile et la responsabilité criminelle de ces derniers malades sont en jeu, ceux-ci ne faisaient pas usage d'un langage conventionnel analogue à celui qu'emploient les sourds-muets devant les tribunaux. Ainsi les aphasiques, en possession d'un moyen légal leur permettant de manifester publiquement leur volonté, montreraient qu'ils ont conservé toute leur intelligence et qu'ils

ne peuvent, en aucune façon, être considérés comme des déments.

Ici se termine notre étude médico-légale sur l'aphasie. Contentons-nous de souhaiter avec Legrand du Saulle — et ce sera notre conclusion — que la compétence et l'immixtion du médecin dans les procès où une question de psychologie morbide est débattue, soient désormais inscrites dans nos Codes « comme la plus indispensable des formalités de la procédure (1). »

(1) Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale.* Page 653.

OBSERVATION

OBSERVATION LVII (Personnelle)

Affaire G... Demande en interdiction. Double consultation médico-légale.

M. le Dr Briand nous a communiqué le rapport d'expertise concernant un artiste peintre, tabétique, saturnin et en même temps aphasique (type Broca). Paul G... — tel était le nom du malade — désireux d'épouser sa maîtresse avec laquelle il vivait depuis de longues années et dont il avait eu plusieurs enfants, s'en vit empêché par sa famille. Celle-ci forma contre lui une demande en interdiction, motivée par ce fait, que Paul G... était impotent et que, ne pouvant exprimer ses pensées, il ne paraissait pas jouir de la plénitude de sa raison.

Un médecin des plus avisés et des plus consciencieux, membre, aujourd'hui décédé, de l'Académie de Médecine, fut chargé d'examiner l'état des facultés intellectuelles du malade, qu'il prit pour un dément. Il conclut, en conséquence, à son interdiction : le Tribunal ratifia les conclusions de l'expert.

Paul G..., qui tenait à légitimer ses enfants, ayant, en toute conscience, interjeté appel de ce jugement, la Cour confia à M. Briand le soin d'examiner à nouveau le malade. Celui-ci eut, en présence de l'expert, une mimique si éloquente, et des gestes si expressifs, que M. Briand fut frappé de son attitude, qui n'était, en vérité, pas celle d'un dément.

L'expert ne voulut cependant formuler aucune conclusion, sans en parler au Maître éminent qui avait rédigé le premier rapport. Ce dernier, mis au courant de l'interprétation nouvelle qu'il semblait légitime de donner à l'aspect du malade, reconnut bientôt, qu'en effet, l'intelligence du peintre était beaucoup moins troublée qu'elle ne le paraissait.

M. Briand put, par gestes, converser avec Paul G... : celui-ci, se faisant conduire dans une petite voiture (il était tabétique)

vers des coins de paysage qu'il avait eu l'occasion de peindre, crayonna rapidement devant l'expert des esquisses, dont la tenue suffisait à faire la preuve que les facultés intellectuelles du malade étaient, sinon normales, du moins à peine altérées.

Au bout de plusieurs entrevues, M. Briand acquit la conviction que, malgré la perte à peu près complète de la parole, Paul G... conservait encore assez d'intelligence et de volonté libre pour pouvoir continuer à jouir de ses droits civils.

La Cour annula la décision des premiers juges, et l'aphasique put, en se mariant, régulariser une situation qui le préoccupait beaucoup.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail se dégagent les conclusions suivantes :

I

La psycho-physiologie et la clinique, l'étude du langage et la pathologie mentale s'accordent, pour nous affirmer l'indépendance réciproque du *mot* et de l'*idée*. De cette notion, dont l'importance est capitale, relève la compréhension des troubles psychiques dans l'aphasie.

II. — ETAT MENTAL DES APHASIQUES

A. — M. le Professeur Pierre Marie pose en principe que *tout aphasique est un être à intelligence affaiblie* et que cet affaiblissement des facultés mentales n'a rien de commun avec un trouble démentiel : *l'aphasie*, dit-il, *n'est pas une démence*.

Cette formule ne nous paraît pas devoir être acceptée sans réserves : nous la modifierons comme il suit :

1°) Si certains malades sont, sans contredit, des amoindris psychiques, beaucoup d'autres conservent l'*intégrité* des fonctions intellectuelles.

2°) M. Pierre Marie exclut la démence de l'aphasie : nous pensons, au contraire qu'*il existe*, à côté de ces individus normaux ou frappés de déchéance mentale, *de véritables déments* (déments aphasiques de Bianchi, déments organiques par lésions circonscrites).

B. — Le sujet porteur d'une lésion circonscrite des centres du langage, n'est qu'un *blessé du cerveau,* un « cérébral » mais nullement un affaibli intellectuel. Seules, les altérations diffuses surajoutées peuvent expliquer l'apparition de la démence.

III. — APHASIE ET ALIENATION MENTALE

On rencontre dans les Asiles d'aliénés de nombreux aphasiques, dont l'internement est le plus souvent justifié par les troubles démentiels ou vésaniques qu'ils présentent.

A. Les Paraphasiques. — Le trouble psychique que simule le mieux la paraphasie, est la *démence incohérente,* dont la *manie chronique* réalise au plus haut point le tableau clinique.

B. Aphasie et états démentiels. — L'aphasie peut apparaître au cours de certains états démentiels, tels que la démence sénile et la paralysie générale. Dans tous ces cas où l'aphasie vient compliquer un état démentiel antérieur, il est toujours difficile de rechercher, en ce qui concerne l'apréciation exacte du déficit intellectuel, la part qui revient à la démence et à l'aphasie. La diminution de l'intelligence, liée à la lésion organique du cerveau, n'a aucun rapport avec les troubles du langage que présente le malade. Celui-ci semble toutefois beaucoup plus affaibli qu'il ne l'est en réalité, sans que, pour cela, la perte des images motrices ou sensorielles verbales entraîne une aggravation notable de l'état démentiel, dans lequel il se trouve déjà.

1° *Aphasie et Démence sénile*

L'aphasie survient parfois, à titre de complication, dans le cours de la démence sénile ; mais plus fréquemment on voit l'aphasie sensorielle, *consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie,* simuler chez les vieillards un état démentiel souvent très prononcé.

2° *Aphasie et Paralysie générale*

Les troubles d'aphasie motrice ou sensorielle que manifestent certains paralytiques généraux sont dus, soit à des

foyers de ramollissement, soit, le plus souvent à des lésions localisées de méningo-encéphalite sur tel ou tel centre du langage.

C. Aphasie et folie. — 1°) L'aphasie peut évoluer chez un délirant aigu ou chronique à la suite d'une attaque de ramollissement. Dans ce cas, les troubles du langage sont surajoutés à la vésanie préexistante.

De même, des conceptions délirantes variées peuvent apparaître au cours de l'aphasie. Les idées délirantes de beaucoup les plus communes sont les idées de persécution ; puis viennent, par ordre de fréquence décroissante, les idées mélancoliques, les idées hyponcondriaques et les idées de grandeur. D'une façon générale, le délire s'accompagne au début d'excitation ; la dépression s'observe à une phase plus avancée de la maladie.

2° Certaines formes de l'aliénation mentale simulent, à s'y méprendre, l'aphasie organique, alors que les troubles du langage parlé qui, pour une large part, entrent dans la constitution du tableau clinique, ne sont pas imputables à cette affection. Parmi les diverses psychopathies susceptibles de donner naissance à semblable erreur, nous pouvons citer l'onomatomanie, la maladie des tics (écholalie, coprolalie), les délires hallucinatoires à tendances mystiques, les différents mutismes (vésanique, démentiel, hystérique), la démence précoce (stéréotypies de la parole), la confusion mentale, la manie aiguë, la manie chronique.

IV

Quelques affections cliniquement comparables à l'aphasie coexistent fréquemment avec elle, à l'état d'association, chez le même individu.

A. Aphasie et paralysie pseudo-bulbaire. — 1° La présence simultanée chez le même sujet de paralysie pseudo-bulbaire et d'aphasie détermine l'apparition d'un syndrome double, anarthrique et aphasique.

2° L'anarthrie de cause paralytique et l'aphémie peuvent coexister, rendant ainsi le diagnostic de chaque affection extrêmement délicat.

3° L'aphasie sensorielle donne au pseudo-bulbaire l'apparence d'un dément.

B. Aphasies, agnosie et apraxie. — L'association de ces trois syndromes est assez rare. Elle a pour résultat de faire considérer l'aphasique, simultanément agnosique et apraxique, comme un aliéné atteint d'un délire des actes.

V

L'étude de l'aphasie soulève d'intéressants problèmes médico-légaux, surtout en ce qui concerne la capacité civile et la responsabilité criminelle des malades atteints de cette affection. La loi du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail permet également d'envisager certaines hypothèses fort instructives à cet égard.

Vu :
Le Président de la thèse,
J. Déjerine.

Vu : *Le Doyen,*
Landouzy.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. Liard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBRECHT (C.). — Beitrag zum Studium über den Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung. *(Allg. Ztschr. f. Psychiat.* (etc.), Berl., 1904, LXI, 836-875).

ANGELL (E.-B.). — A case of double consciousness : amnesic type, with fabrication of memory. *(J. Abnorm. Psychol.,* Bost., 1906, I, 155-169).

ARON (M^lle^ Gita). — Contribution à l'étude de l'aphasie hystérique. *(Thèse de doct.,* Paris 1900, 8°).

ASCHER. — L'aphasie dans la paralysie générale. *(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie,* Berlin, 1892, IV, 256).

ASTVATZATOUROFF. — Recherches cliniques et psychologiques sur la fonction du langage. *(Thèse de doct.,* St-Pétersbourg, 1908, 8°, 225 p.).

BAILLARGER. — Signification physiologique et pathologique de l'aphasie. *(Gaz. méd. de Paris,* 1865, 3. s., XX, 328-333).

BAILLARGER. — De l'aphasie au point de vue psychologique. *(Gaz. des hôp.,* Paris, 1865, XXXVIII, 262-265).

BAILLARGER. — Lettre à propos de la discussion sur l'aphasie par M. Baillarger, *(Gaz. méd. de Paris,* 1865, 3. s., XX, 368-370).

BAILLARGER. — Discours à l'académie de médecine. *(Bull. de l'Acad. de méd.,* Paris, 1865).

BALLET (Gilbert). — Le langage intérieur et les diverses

formes de l'aphasie. *(Thèse d'agrégation,* Paris, 1886, 8°).

Ballet (Gilbert). — Un cas d'aphasie motrice pure chez un paralytique général. *(Société de Neurologie,* Paris, Séance du 5 Avril 1900).

Ballet (Gilbert). — Aphasie, in : *(Traité de médecine* [Brouardel et Gilbert], 1901, VIII).

Ballet (Gilbert). — Aphasie, in : *(Traité de pathologie mentale,* Paris, 1903, 8°).

Ballet (Gilbert). — Apraxie faciale (impossibilité de souffler) associée à de l'aphasie complexe. *(Soc. neurologique,* Paris, Séance du 7 Mai 1908).

Bateman. — Un cas de logonévrose épileptique. *(Encéphale,* Paris, 1887).

Baudoin. — L'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke. *(Annales médico-chirurgicales du Centre,* 9 Mai 1909).

Beduschi (V.). — L'aphasie : étude critique ; observations cliniques et anatomiques. (1 vol., 8°, inédit, 190 pages).

Benon (R.). — Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés. *(Etude statistique, clinique et thérapeutique). (Thèse de doct.,* Paris, 1905, 8°, 41).

Bérillon. — Le bégaiement graphique et son traitement psychologique. *(Revue de l'hypnot. et psychol. physiol.,* Paris, 1904, 5, XIX, 143-146).

Bernard (D.). — De l'aphasie et de ses diverses formes. *(Thèse de doct.,* Paris, 1885, 8°).

Bernheim. — Contribution à l'étude des aphasies. *(Rev. de méd.,* Paris, 1891, XI, 372-388).

Bernheim. — Des aphasies. (Rap.) *(Gaz. hebd. de méd.,* Paris, 1894, XXXI, 537-543).

Bernheim. — Des aphasies. *(Cong. franç. de méd.* (1894) Paris, 1895, I, 248-321).

Bernheim (F.). — Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants. (Revue générale). — *(Gaz. des hôp.,* Paris, 1900, LXXIII, 73-79).

Bernheim. — De l'aphasie motrice avec conservation de la parole chantée ou priée, familière au malade. *(Bull. méd.*, Paris, 1897, XI, 585-587).

Bernheim (Fernand). — De l'aphasie motrice. (Etude anatomo-clinique et physiologique). *(Thèse de doct.*, Paris, 1900, 8°).

Bernheim. — Doctrine de l'aphasie ; conception nouvelle. *(Rev. méd. de l'est*, Nancy, 1906, XXXVIII, 657-672 ; 694).

Bernheim. — Aphasie par claudination de la mémoire verbale. *(Bull. méd.*, Paris, 1906, XX, 1143).

Bianchi (L.). — Contributo clinico alla dottrina dell' afasia rispetto alla intelligenza e alla capacita guiridica. *(Atti d. r. Accad. med. chir. di Napoli*, 1893, XLVII, 241-259). — Idem : *(Policlin.*, Roma, 1893-4, I, 405-421).

Bianchi (L.). — Contributo alla dottrina delle afasie. (Napoli, Fr. Giannini e Figli, 1906, 8°, 32 p., 21 fig.). Idem, in : *(Annali di Nevrologia* 1906, XXIV, 337 ; 368).

Bianchi. — Disturbi del linguaggio. In : « *Trattato italiano di patologia e terapia medica* — cia diretto del Prof. A. Cantani e del Prof. E. Maragliano. » 1905, vol. II, p. II, chap. XII, 289-408).

Billod. — Contribution à l'étude de l'aphasie. (Mémoire lu à la société médico-psychologique dans la séance du 26 Mars 1876. — (Discussion sur l'aphasie). — *(Annales médico-psychologiques*, Paris, 1877).

Billot, Mesnet, Lasègue, Falret. — Discussions sur l'aphasie. *(Société médico-psychologique*, Paris, 1876 et 1877).

Bouillaud, Trousseau, Parchappe, Baillarger, Cerise. — Discussion sur le siège de la faculté du langage articulé. *(Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, t. XXX, du 30 Avril au 15 Juillet 1865).

Bramwell. — Lectures ou aphasia. *(Edimb. M. J.*, 1897, n s., II, 1 ; 117 ; 232 ; 356 ; 455 ; 527).

Brazier. — Du trouble des facultés musicales dans l'aphasie ; étude sur les représentations mentales des sons et des symboles musicaux. *(Rev. philos.*, Paris, 1892, XXXIV, 337-368).

Briand (M.). — Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire chez une jeune femme, idiote en apparence, et non démente. *(Société clinique de médecine mentale ;* séance du 20 Juillet 1908). Idem : *(Bulletin de la Société clinique de médecine mentale,* n° 3, juillet 1908).

Briand (M.) et Brissot (M.). — Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable. *(Société clinique de médecine mentale ;* séance du 19 Juillet 1909). Idem : *(Bulletin de la Société clinique de médecine mentale,* n° 7, Juillet 1909).

Briand (M.) et Vigouroux (A.). — Considérations médico-légales sur l'aphasie. *(Société médico-psychologique,* Paris, séances du 24 Juin et du 22 Juillet 1901).

Brissaud. — Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation, à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie. *(Semaine médicale,* Paris, 1894, n° 43, page 341).

Brissaud (Ed.) et Souques (A.). — Article : aphasie in : *Traité de médecine* [Charcot, Bouchard et Brissaud]. Paris, 1904, 8°, IX, 2e édit., 142).

Broca (P.). — *(Bulletin Société anatomique de Paris,* 1861, s. 5, 330).

Broca (P.). — Lettre à Trousseau sur les mots aphémie, aphasie et aphrasie.

Broca (P.). — *(Bulletin Société de chirurgie,* 1864, 2e s. t. V, p. 52).

Broca (P.). — *(Congrès de Norwich et Tribune médicale,* 1869, p. 254).

Brown-Séquard. — Persistance de la parole dans le chant, dans les rêves et dans le délire chez les aphasi-

ques. *(Compte rendu. Soc. de biol.*, Paris, 1884, 8, s., I, p. t. 2, 256).

Brown-Séquard. — Remarques sur un ouvrage du Dr Bateman sur l'aphasie. *(C. r. Soc. de biol.*, Paris, 1890, 9. s. II, 537).

Brugia (R.). — Di un caso di afasia : contribuzione allo studio della patologia del linguaggio. *(Arch. ital. per le mal. nerv.*, Milano, 1884, XXI, 92-143).

Bruner (W.-E.). — Congenital word-blindness. (Ohio M. J., Colombus, 1905, I, 74-78.

Bucelli. — Altérations psychiques réelles en apparence dans l'aphasie. *(Gazetta medica de Torino* an LI, n° 7-8 j. 121 et 141, Février 1900).

Cabanès. — Le sadisme chez Baudelaire. *(Chronique médicale*, Paris, 15 Novembre 1902).

Cantalamessa (I.). — Sopra un caso di afasia musicale motoria e sensoriale ; contributo clinico alla dottrina delle localizzazioni cerebrali. *(Sperimentale*, Firenze, 1891, 57-63). Idem : *(Boll. d. clin.*, Milano, 1891, VIII, 534-538).

Charcot. — (Cliniques de la Salpêtrière, Paris, 8 Mars 1883).

Charcot (J.-M.). — *(Gazette hebdomadaire*, Paris, 1864, p. 474).

Charcot (J.-M.). — *(Gazette hebdomadaire*, Paris, 1865, p. 525).

Charcot (J.-M.). — *(Progrès médical*, Paris, 1883, p. 522).

Charcot (J.-M.). — Leçons sur les maladies du système nerveux. (Paris, 1887, III).

Charcot (Jean). — Article : aphasie, in : *(Manuel de médecine*, Paris, 1894, IV, 8°, p. 628).

Charon (R.). — Ramollissement cérébral intéressant le pied de la troisième circonvolution frontale et le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante gauches ; paralysie du membre inférieur droit ; parésie du membre supérieur

droit ; aphasie motrice prise pour de l'incohérence maniaque. *(Echo médical du Nord,* Lille, 1897, p. 85).

Charpentier. — Les paraphasiques : Troubles du langage simulant la démence incohérente. *(Gazette des hôpitaux,* Paris, 24 et 26 Février 1891).

Charpentier (Joseph). — Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale. *(Thèse de doct.,* Paris, 1904, 8°).

Chatin. — Aphasies et anarthries. *(Rev. internat. de méd. et chir.,* Paris, 1907, XVIII, 161-163).

Claparède (E.). — Agnosie et asymbolie à propos d'un soi-disant cas d'aphasie tactile. *(Rev. neurol.,* Paris, 1906, XIV, 803-805).

Cole (Sydney J.). — [Relations entre l'aphasie et les maladies mentales]. *(Journal of mental Science,* Janvier 1906, LII, n° 216, 28-49).

Collier (J.). — Recent work on aphasia. *(Brain,* London, XXXI, 1908, 523).

Collins (Joseph). — The genesis and dissolution of the faculty of speech ; a clinical and psychological study of aphasia. (N. Y., 1898, Macmillan C°, 432 p., 8°).

Colombe. — De l'aphasie. *(Thèse de doct.,* Paris, 1882, 8°).

Comte. — Des paralysies pseudo-bulbaires. *(Thèse de doct.,* Paris, 1900, 8°).

Couchoud. — Aphasie ou démence. *(Soc. clinique de médecine mentale,* Paris, séance du 19 Juillet 1909). — Idem : *(Bulletin de la Soc. clinique de médecine mentale,* Paris, Juillet 1909, n° 7).

Cousin (J.). — Un cas d'aphasie transitoire ; pathogénie de ce phénomène ; physiologie de la cellule nerveuse. *(Loire méd.,* St-Etienne 1897, XVI, 83-110).

Crocq, fils. — Des diverses variétés d'aphasie. *(J. de neurol. et hypnol.,* Paris, 1897, II, 122-134).

Dana et Ramsay Hunt. — [Un cas d'aphasie]. *(New-York Neurological Society,* 5 Février 1907). Idem :

(Journal of nervous and mental disease, Septembre 1907, p. 604).

Decloux et Tinel (Mme). — Hémiplégie cérébrale infantile avec aphasie. *(Société de neurologie,* Paris, séance du 4 Novembre 1909).

De Fleury (Maurice). — Article « aphasies » in : *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux,* Paris, 1904, 8°.

D'Hollander (F.). — Notes préliminaires sur un cas d'aphasie-apraxie. *(Bulletin de la Société de médecine mentale* de Belgique, n° 128, Août 1906).

Déjerine (J.). — Considérations sur la soi-disant aphasie tactile. *(Revue neurol.,* Paris, 1906, XIV, 597-601).

Déjerine (J.). — (Discussion), (553-555).

Déjerine (J.). — L'aphasie sensorielle ; sa localisation et sa physiologie pathologique. *(Presse méd.,* Paris, 1906, XIV, 437-439).

Déjerine (J.). — L'aphasie motrice ; sa localisation et sa physiologie pathologique. *(Presse méd.,* Paris, 1906, 453-457).

Déjerine. — Etat mental des aphasiques. *(Traité pathol. générale, séméiologie,* Paris, tome V, p. 418).

Déjerine. — Article aphasie in: *(Traité de pathologie générale, séméiologie,* Paris, tome V, p. 391).

Déjerine. — Contribution à l'étude de la guérison de l'aphasie motrice. *(Académie de médecine,* Paris, séance du 3 Mars 1908). Idem : *(Revue neurologique,* Paris, 1908, n° 14).

Déjerine, Mirallié, Thomas et Roux. — *(Société de biologie,* Paris, 1895-1896).

Déjerine (J.). — De l'aphasie et de ses différentes formes ; études de séméiotique et de physiologie pathologique. *(Sem. méd.,* Paris, 1884, 2 s., IV, 421 ; 449).

Déjerine (J.) et Mirallié (C.). — Sur les altérations de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs

corticaux. *(Compte rendu Soc. de biol.*, Paris, 1895, 10 s., II, 523-527).

Déjerine (J.) et Tinel (J.). — Un cas d'aphasie de Broca. *(Société de Neurologie*, Paris, séance du 2 Juillet 1908).

Desplats. — Variétés cliniques de l'aphasie ; automatisme psychologique. *(J. des sc. méd.* de Lille, 1897, I, 433-445).

Devaux (A.) et Logre (J.). — Considérations sur l'aphasie. *(Encéphale*, Paris, Juillet 1908, 75).

Diller (T.). — Some medico-legal aspects of aphasia. *(J. New. Ment. Dis.*, N.-Y., 1894, XXI, 292-297).

Dreyfus-Brisac. — *(Gazette hebdomadaire*, Paris, 1881, p. 477).

Dufour (H.). — Troubles de la mémoire (description clinique) ; amnésies, aphasies, agnosies, apraxies. *(J. de clin. méd. et chir.*, Paris, 1906, 97-99).

Dufour (H.). — Comment doser les troubles intellectuels de l'aphasie ? Observation de Vierge. *(Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp.*, Paris 1906, 3 s., XXIII, 977-980). Idem : *(J. de clin. méd. et chir.*, Paris, 1906, I, 169).

Duhamel. — L'aphasie au début de la paralysie générale. *(Thèse de doct.*, Paris, 1885, 8°).

Dumora (H.). — Paraphasie ; jargonophasie et démence. *(Thèse de doct.*, Bordeaux, 1905-1906, 8°).

Dupérié. — Hémiparésie droite ; démence organique et aphasie sensorielle. *(Journal de médecine* de Bordeaux, n° 32, 9 août 1908).

Dupré (E.). — Psychopathies organiques in : *Traité des maladies mentales* de G. Ballet.

Dupré (E.) et Long-Landry (Mme). — Aphasie, agnosie et apraxie simulant la démence. (Présentation de malade). *(Société de psychiatrie*, Paris, séance du 20 Janvier 1910).

Edgren (J.-G.). — Amusi (musikalisk afasi). *(Hygiea*, Stockholm, 1894, LVI, 456 ; 521). Idem : *(Deutsche Ztschr. f. Nervenh.*, Leipzig, 1894, VI, 1-64).

Egger (V.). — La parole intérieure. (Paris, 1881, 8°).

Falret (J.). — Aphasie (article dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

Falret (J.). — Des troubles du langage et de la mémoire et des mots dans les affections cérébrales. *(Archives gén. de méd.*, Paris, 1864, 6 s., III, 336).

Falcetti (Pier Paolo). — [Contribution à l'étude de la mimique et de ses altérations chez les aphasiques moteurs]. *(Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Firenze, 1907, XII, fasc. 12, p. 585-608).

Féré (Ch.). — Remarques sur le traitement pédagogique de l'aphasie motrice à propos de la communication de MM. Thomas et Roux). *(Compte rendu Soc. de biol.*, Paris, 1895, 10 s., II, 735-737).

Féré (Ch.). — Les épilepsies et les épileptiques. (Paris, 1890, 8°).

Ferrand. — Le langage, la parole et les aphasies. (Physiologie, pathologie et psychologie, Paris, 1894, 8°).

Ferrand (A.). — L'aphasie et la psychologie de la parole. *(Bull. soc. méd. d'émul.* de Paris, 1870, II, 258-280). Idem : *(Union méd.*, Paris, 1870, IX, 128 ; 165 ; 215).

Ferranini. — L'évoluzione del linguaggio in rapporto all' afasia. *(Riforma med.*, Napoli, 1898, XIV, pt. I, 385-387).

Finance (de). — Etat mental des aphasiques : considérations médico-légales. *(Thèse de doct.*, Paris, 1878, 4°).

Floren (Joseph). — Geistesstörungen bei Aphasie *(Inaug. Dissert.*, Kiel, 1902, April, n° 47).

Fœrster (R.). — Contribution à la pathologie de la lecture et de l'écriture (observation chez un achondroplasique). *(Rev. neurol.*, Paris, 1903, XL, 1206-1209).

Franz (S.-I.). — The reeducation of an aphasie *(J. Philos., Psychol.* (etc.), Lancaster Pa., 1905, II, 589-597).

Frenzel (F.). — Der Sprachunterricht sprachloser Geistesschwachen. *(Ztschr. f. d. Behandl. Schwach-*

sinn. u. Epilept., Dresden, 1897, n. F., XIII, 82-98).

Friedlander (A.). — Aphasie und Demenz. (*Wien. med. Presse*, 1902, XLIII, 216-218).

Fritsch. — Ueber die verschiedenen Formen von Aphasie mit Beziehung zu den Geistesstörungen. (*Jahrb. für Psychol.*, Wien, 1881, II, 167-175).

Gairdner (W.-Y.). — [Capacité testamentaire des aphasiques]. (66e Congrès annuel de l'association médicale britannique, Edimbourg, 1898). Compte rendu in : (*The British medical Journal*, 3 Septembre 1898, p. 581). Reproduit in : (*Revue neurologique*, Paris, 1899, p. 75).

Gallard. — Leçons sur l'aphasie. (*Union médicale*, Paris, Mars 1875).

Garnier (Paul). — Aphasie et folie. (*Archives générales de médecine*, Paris, 1889, tome I).

Gilles de la Tourette. — (*Archives de neurologie*, Paris, 1885, n° 26).

Goblot (E.). — Sur les images motrices. (*Tribune médicale*, Paris, 29 Mai 1909).

Goblot. — L'aphasie de Broca [Revue critique] in : (*Revue philosophique*, Paris, Juin 1908).

Goldstein (K.). — Zur Frage der amnestischen Aphasie und ihrer Abgrenzung gegenüber der transcorticalen und glossopsychischen Aphasie. (*Arch. f. Psychiat.*, Berl., 1906, XLI, 911-950).

Gombault. — Communication orale. Etude de son service à l'hospice d'Ivry.

Gombault (A.) et Philippe (C.). — Contribution à l'étude des aphasies. (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, Paris, 1896, VIII, 371-397).

Grasset et Vedel. — Des diverses variétés cliniques d'aphasie. (*Nouveau Montpellier méd.*, 1896, V, 121 ; 141 ; 161 ; 3 pl.).

Grasset (J.). — Observation d'aphasie complète suivie de guérison avec des spécimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie (*Montpel. méd.*, 1873, XXX, 93-125).

GRASSET (J.). — Des localisations dans les maladies cérébrales. (Paris, 3e édition, 1881, 8°, pages 14 et 16).

GRASSET (J.). — Contribution clinique à l'étude des aphasies. *(Montpellier méd.*, 1884, n° 1, p. 1).

GRASSET (J.). — Diagnostic des maladies de l'encéphale. [Collection des actualités médicales]. (J.-B. Baillière, Paris, 1901, 8°).

GRASSET (J.). — La fonction du langage et la localisation des centres psychiques dans le cerveau. *(Revue de philosophie*, Paris, 1907, I, 5-30).

GUÉRIDO (J.). — L'aphasie amnésique. *(Thèse de doct.*, Montpellier, 1904, Firmin Montane et Sicardi, 8°, 78 p.).

GUTHRIE-RAUNIK. — Clinical lecture on aphasia. *(Clinical Journal*, London, 10 Février 1909, p. 273).

HANOT (Victor). — Aphasie chez une paralytique générale. *(Société de biologie*, Paris, 30 Novembre 1872).

HEILBRONNER (Karl). — Aphasie und Geisteskrankheit. (Breslau, 1896, Schletter, 8°, 33 pages).

HEILBRONNER (K.). — Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständnis Nachsprechen und Wortfindung. *(Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, XLIII, 1-2 Heit, 234 ; 699).

HEILBRONNER (K.). — [Sur les rapports de causalité entre la démence et les troubles aphasiques]. [Congrès annuel des aliénistes allemands, août 1899]. *(Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, Berlin, 1899, LVI, H. 4). analysé in : *(Revue neurologique*, Paris, 1900, VIII, 414).

HEILBRONNER (K.). — Ein Beitrag zur Kentniss der Beziehungen der Aphasie und Geiteskrankheiten. *(Zeitsch. f. Psychol. und Physiol., der Sinnesorganen*, 3 août 1900, p. 83).

HEILBRONNER (K.). — Ueber Agrammatismus und die Störung der inneren Sprache. *(Arch. f. Psychiat.*, Berlin, 1906, 653-683).

Heldenbergh. — Contribution à l'étude de la fonction du langage et méthode de rééducation de la parole chez les aphasiques. *(Belg. méd.,* Gand-Haarlem, 1899, VII, 597-599).

Hughes (C.-H.). — Considerations of the medico-legal aspects of aphasia. *(Alien. a. neurol.,* St-Louis, 1903, XXIV, 301-315).

Ingegnieros (J.). — Les aphasies musicales. *(Nouv. iconog. de la Salpêtrière,* Paris, 1906, XIX, 362-382).

Jaccoud. — *(Gazette hebdomadaire,* Paris, 1864, n° 30).

Joffroy. — Surdité verbale chez un paralytique général. *(Soc. méd. des hôp.,* Paris, 1902).

Jolly (F.). — Ueber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung. *(Arch. f. Psychiat.,* Berlin, 1882, XIII, 325-340).

Judée. — Recherches psychologiques sur l'aphasie. *(Compte rendu Soc. de biol.,* Paris, 1883, 7 s., IV, 444-446). Idem : *(Tribune méd.,* Paris, 1883, XV, 320).

Kast (A.). — Ueber Störungen des Gesangs und des musikalischen Gehörs bei Aphasischen. *(Aerztl. Int. Bl.,* München, 1885, XXXII, 624-627).

Klippel et Dainville (François). — Hémiplégie droite avec aphasie motrice d'origine typhique, datant de 30 ans, accompagnée d'alexie et de dissociation syringomyélique de la sensibilité. *(Société de neurologie,* Paris, séance du 4 Juin 1908).

Klippel et Weil (Pierre). — Aphasie ou démence. *(Société de neurologie,* Paris, séance du 7 Mai 1908).

Kohler (F.). — Ueber die Dispositionsfähigkeit Aphasischer. *(Friedreich's-Bl. f. gericht Med.,* Nürnberg, 1890, XLI, 324-342).

Krahmer. — Apraxie und Demenz. *(Psychiatrische-Neurologische Wochenschrifft,* Berlin, 1909, XI, n° 12 (12 Juin) p. 109).

Kraepelin. — *Traité de psychiatrie* (1904, 8°, page 420).

Kuffner (K.) et Jansky (J.). — [L'expérience de la démen-

ce aphasique]. *(Casop. Cék. cesk.,* Praha, 1902, XLI, 319-322).

Küssmaul. — Les troubles de la parole ([Traduction française], Paris, 1884, 8°).

Ladame et Déjerine. — Aphasie et anarthrie. *(Presse méd.,* Paris, 1906, XIV, 826).

Laignel-Lavastine et Troisier (Jean). — Aphasie de Broca par hémorrhagie du noyau lenticulaire gauche. (Partie postérieure du putamen et du segment externe du globus pallidus). *(Bulletins et mémoires de la Soc méd. des hôp.* de Paris, 1908, p. 1035).

Lambrior (A.-A.). — Un cas de cécité verbale avec agraphie ; cécité verbale, agraphie totale ; légère paraphasie ; absence de troubles intellectuels et moteurs ; foyer unique de ramollissement datant de longtemps et occupant à peu près tout le lobe pariétal gauche ; mort ; autopsie. *(Bull. Soc. d. méd. et nat.* de Jassy, 1904, XVIII, 124-129).

Lamy (H.). — Amnésie musicale chez un aphasique sensoriel, ancien professeur de musique ; conservation de l'exécution, de la lecture, de l'improvisation et de la composition. *(Rev. neurol.,* Paris, 1907, XV, 688).

Langdou. — The aphasias and their medico-legal relations. *(Tr. Ohio M. Soc.,* Norwalk, 1897, 360-397, 1 tab.).

Launy (H.). — Troubles d'élocution chez un ancien aphasique. *(Rev. neurol.,* Paris, 1906, XIV, 186-188).

Lautzenberg. — Contribution à l'étude de l'aphasie motrice. *(Thèse de doct.,* Paris, 1897, 84 p.)

Lasègue. — *(Soc. médico-psychologique,* Paris, 1876-1877).

Leport (Jules). — Considérations médico-légales et juridiques sur l'aphasie. *(Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* Paris, Novembre 1872).

Legrand du Saulle. — L'aphasie étudiée au point de vue

médico-légal. *(Bull. Soc. de méd. prat.* de Paris (1865), 1866, 5-11).

Legrand du Saulle. — L'aphasie et les aphasiques, physiologie pathologique ; clinique ; état mental ; médecine légale. *(Gaz. d. Hôp.*, Paris, 1882, IV, 289 ; 313 ; 353 ; 377 ; 409 ; 425 ; 449 ; 513 ; 537 ; 561 ; 585 ; 609). Idem : in : *(Alienist of Neurol.*, St-Louis, 1882, III, 530-535).

Legrand du Saulle. — Considérations médico-légales sur l'aphasie in : *(Traité de méd. légale*, Paris, 8°, page 653).

Legroux. — De l'aphasie. *(Thèse d'agrégation*, Paris, 1875).

Le Prieur (Robert). — Sur les aphasies sensorielles, la cécité et la surdité verbales pures. *(Thèse de doct.*, Paris, J. Rousset, 1902, 8°, n° 585, 58 p.).

Lévy (Georges). — Les entendants-muets. *(Thèse de doct.*, Lyon, 1900).

Leyden. — Demonstration eines Patienten mit hochgradiger Aphasie und erhaltenem musikalischen Gedächtniss. *(Verhandl. d. Ver. f. innere Med.* zu Berlin, 1900-1901, XX, 6-8).

Liebmann (A.). — Der Einfluss von Sprachstörungen auf die psychische Entwickelung. *(Deutsche med. Ztg.*, Berlin, 1898, XIX, 157-159).

Liepmann. — Zum Stande der Aphasiefrage. *(Neurologisches Centralblatt*, XXVIII, n° 9, 1er mai 1909, page 449).

Liepmann. — A propos des fonctions du corps calleux dans l'action d'agir et des rapports de l'aphasie et de l'apraxie avec l'intelligence. *(Medizin-Klinik*, 1907, nos 25, 26, p. 725 et 765).

Lissauer. — Lésions localisées dans la paralysie générale. *(Congrès* de Breslau, 1891).

Lordat. — Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie. (Montpellier, L. Castel, 1843, 8°).

Lotmar (F.) et De Montet (Ch.). — Examen de l'intelli-

gence dans un cas d'aphasie de Broca. *(Revue neurol.*, Paris, 1906, XIV, 1063-1080).

Luys (J.). — Des formes curables de l'aphasie. *(Encéphale*, Paris, 1881, I, 181-198).

Lwoff (S.). — Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. *(Thèse de doct.*, Paris, 1890, Henri Jouve, éditeur).

Mabille (H.). — Incapacité de tester chez une aphasique ; guérison de l'affection. *(Poitou méd.*, Poitiers, 1886, I, n° 1, 15-18).

Mac Donald. — Mental disturbance and aphasia *(Providence* M. J., 1907, VIII, 108-116).

Magnan. — De l'aphasie simple et de l'aphasie avec incohérence. *(Compte rendu Soc. de biol.* (1878), Paris, 1880, 6 s., II, 7 ; 44).

Magnan. — De l'aphasie.*(Tribune méd.*, Paris, 1880, XIII, 40-44).

Magnan. — Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale. *(Soc. de biol.*, 8 nov. 1879).

Magnan. — Communications faites à la société de biologie (1880 à 1883).

Marie (A.) et Vigouroux (A.). — Trois cas de Paralysie pseudo-bulbaire. *(Congrès* de Marseille, 1899).

Marie (Auguste). — Démences aphasiques avec concomitance de lésions des zones de Broca et de Wernicke. *(Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.* de Paris, 1906, p. 1308-1310).

Marie (A.). — Deux démences aphasiques sans lésion de la circonvolution de Broca. *(Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.* de Paris, 1906, p. 1346-1348).

Marie (A.). — Sur quelques localisations cérébrales dans l'aphasie. *(J. de psychol. norm. et pathol.*, Paris, 1907, IV, 103-113).

Marie (Pierre). — De l'aphasie. [Revue générale]. *(Rev. de méd.*, Paris, 1883, p. 693).

Marie (P.). — Revision de la question de l'aphasie :

1°) La troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. *(Semaine méd.*, Paris, 1906, p. 241).

2°) Que faut-il penser des aphasies sous-corticales (aphasies pures) ? *(Semaine méd.*, Paris, 1906, p. 493).

3°) L'aphasie de 1861 à 1866 ; essai de critique historique sur la genèse de la doctrine de Broca. *(Semaine méd.*, Paris, 1906, p. 565).

Marie (P.). — Un cas d'anarthrie transitoire par lésion de la zone lenticulaire. *(Soc. méd. d. hôp.* de Paris, séance du 14 Décembre 1906).

Marie (P.). — Un cas de lésion corticale du pied de la troisième circonvolution frontale gauche sans aucun trouble du langage. *(Soc. méd. d. hôp.* de Paris, séance du 14 Décembre 1906).

Marie (P.). — Un nouveau cas d'aphasie de Broca avec ramollissement de la zone de Wernicke et des circonvolutions motrices, la troisième frontale ne participant pas au ramollissement. *(Soc. méd. des hôpit.* de Paris, séance du 15 Février 1907).

Marie (P.). — Sur la fonction du langage : rectification à l'article de Grasset. *(Rev. de philos.*, Paris, Mars 1907).

Marie (P.). — A propos d'un cas d'aphasie de Wernicke considéré par erreur comme un cas de démence sénile. *(Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.* de Paris, 1907, p. 104-7).

Marie (P.). — L'évolution du langage considéré au point de vue de l'étude de l'aphasie. *(Presse méd.*, Paris, 1897, II, 397-399).

Marie (P.) et Moutier (F.). — Examen du cerveau dans un cas d'aphasie de Broca. *(Soc. méd. d. hôpit.* de Paris, séance du 6 Juillet 1906).

Marie (P.) et Vaschide (N.). — Recherches expérimentales sur la vie mentale des aphasiques. *(Rev. neurol.*, Paris, 1903, XI, 228 ; 322 ; 722 ; 1127).

Marimo. — *Annali di Neurologia*, Roma, 1904, fascicules I et II, p. 21 et 85).

Marina (A.). — La questione delle afasie. *(Policlinico,* Roma, Sez. Prat., 9 Mai 1909, XVI, 581).

Markeloff. — [Tendances actuelles des études sur l'aphasie]. *(Moniteur neurol.* [en russe], St.-Pétersb., 1908, fasc. 4, 723-744).

Masini (U.-M.). — Un caso di allucinazione verbale acustica con impulsione verbale. (Contributo allo studio delle allucinazioni del linguaggio e particolarmente delle psico-motrici verbali). *(Cesalpino,* Arezzo, 1905, I, 196-204).

Mathieu (A.). — Le langage et l'aphasie. *(Archives de méd.,* Paris, 1879, III, 583).

Mathieu (A.). — La surdité verbale *(Archives de méd.,* Paris, 1881, VII, 582).

Meacham (Leslie). — [Un cas de démence présénile avec symptômes d'aphasie]. *(New-York Neurol. Soc.,* 5 Février 1907). — Idem : *(Journal of nervous and mental diseases,* Septembre 1907, p. 602).

Mills (C.-K.). — Aphasia and other affections of speech in some of their medico-legal relations, studied largely from the standpoint of localization. *(Rev. insan. and nerv. dis.,* Milwankee, 1891-2, II, 3 ; 129).

Mills (C.-K.). — Disorders of pantomime occuring among aphasies, studied particulary with reference to their medico-legal bearings. *(Phila. Hosp. Rep.,* 1893, II, 142-147, 1 pl.).

Mills (Ch.-K.). — [Discussion sur l'aphasie avec considérations particulières sur les idées de P. Marie]. *(Joint Meeting of the New-York neurol. soc. and the Philadelphia neurol. soc.,* 24 Novembre 1906). Idem : *(Journal of nervous and mental diseases,* Juillet 1907, p. 459).

Mills (Ch.-K.) and Spiller (William G.). — [La symptomatologie des lésions de la zone lenticulaire avec une discussion sur la pathologie de l'aphasie]. *(Journal of nervous and mental diseases,* 1907, XXXIV, n°s 9 et 10, 558-588 ; 624-650).

Mills (C.-K.) and Weisenburg (T.-H.). — Word-blindness

with the record of a case due to a lesion in the right cerebral hemisphere in a right handed man with some discussion of the treatment of visual aphasia. *(Medicine,* Detroit, 1905, XI, 822-828).

Mingazzini (G.). — Klinische und anatomisch-pathologische Beiträge über Aphasien. *(Deutsche Ztschr. f. Nervenh.,* Leipzig, 1902, XXI, 386-395, 1 Taf., 14 fig.).

Mingazzini (G.). — Intorno ad un caso di demenza paralitica combinata con afasia. *(Bulletino della R. accademia medica di Roma,* anno IX, fasc. II).

Mingazzini (G.). — Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi. (Torino, unione tipografico editrice torinese, 1908, p. 471).

Mingazzini (G.). — Les aphasies de conduction en rapport avec la nouvelle théorie de Pierre Marie. *(Encéphale,* Janvier 1908, III, n° 1, 1-28).

Mirallié (C.). — De l'aphasie sensorielle. *(Thèse de doct.,* Paris, 1896, 8°).

Mirallié (C.). — De l'aphasie ; ses diverses formes ; physiologie psychologique du langage. *(Gaz. d. hôpit.,* Paris, 1896, LXIX, 981-989 ; — idem, 1037).

Moutier (François). — L'aphasie de Broca. *(Thèse de doct.,* Paris, 1908, 8°).

Moutier (F.). — Du prétendu rôle de la troisième frontale gauche dans l'aphasie de Broca. *(Soc. méd. d. hôpit.,* Paris, séance du 26 Octobre 1906).

Moyer. — Dumbness or congenital aphasia of a family type without deafness or obvious mental defects. *(Chicago med. Recorder,* 1898, XV, 305-309).

Nacciarone. — Sulle diverse forme di afasia. *(Riforma med.,* Napoli, 1896, XII, pt. 4, 13-17).

Nathan (M.). — Note sur un cas d'amusie incomplète chez un musicien professionnel atteint également d'aphasie sensorielle très atténuée. *(Rev. neurol.,* Paris, 1906, XIV, 202-204).

Neisser. — Totalaphasie. *(Wissensch. Verein. der Aerzte* zu Stettin, séance du 2 Mars 1909).

Nissl von Mayendorf. — Die aphasischen Symptome und ihre corticale Lokalisation. (Engelmann, Leipzig, 1909, 8°).

Oppenheim (H.). — Ueber das Verhalten der musikalischen Ausdrucksbewegungen und des musikalischen Verständnisses bei Aphasischen. *(Charité-Ann.* [1886], Berlin, 1888, XIII, 345-383).

Parchappe. — Du siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. (Paris, 1856, 8°).

Parinaud. — *(Arch. neurol.,* Paris, 1883).

Pascal (Constantza). — Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique), ou prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses. *(Thèse de doct.,* Paris, 1905, 8°).

Pascal (Mlle) et Nadal (F.). — Un cas d'ictus avec aphasie motrice et agraphie chez un dément précoce. *(Encéphale,* Paris, 1909, IV, n° 8, 164).

Patini (E.). — Disturbi mnemonici e fuzione ausiliaria dell' imaginative nel processo mnemonico. *(Atti d. congr. internaz, di psicol.,* Roma, 1906, V, 520-522).

Perroud. — De la lésion des facultés qui président au langage articulé, au langage écrit et au langage mimique. *(Mém. Soc. d. sc. méd.* de Lyon, 1884, III, 1-39).

Perroud. — Perte de la parole sans paralysie de la langue et avec intégrité de l'intelligence. *(France méd.,* Paris, 1855, II, 39).

Peter. — *(Archives générales de médecine,* Paris, 1865).

Pick. — Zur Localisation einseitiger Gehörshallucinationen nebst Bemerkungen über transitorische Worttaubheit. *(Jahrb. f. Psychiat.,* Berlin, 1888, VIII).

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point

de vue des localisations cérébrales. *(Thèse de doct.*, Paris, 1877, 4°).

Pitres (A.). — Les aphasies *(Rapport* au Congrès de Lyon, 1894).

Pitres (A.). — L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. *(Progrès médical*, Paris, 1898, 3 s., VII, 321-324). Idem : *(Echo méd.*, Toulouse, 1898, 2 s., XII, 277 ; 289 ; 301 ; 313 ; 325 ; 337 ; 349 ; 373 ; 385 ; 397 ; 409 ; 421 ; 433).

Pitres (A.). — Etude sur les paraphasies. *(Revue de médecine*, Paris, 1899).

Pituszewski (W.). — Die psychische Entartung und deren Verhältnis zu verschiedenen Kategorien von Spraschstörungen. *(Terap. Monatsh.*, Berlin, 1905, XIX, 414-418).

Pojoff (S.). — Ueber amnestische Aphasie. *(Neurol.* Centralbl., Leipzig, 1904, XXIII, 106-114).

Prévost (J.-L.). — Aphasie (cécité et surdité verbales). *(Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, 1883, n° 11).

Proust (A.). — De l'aphasie. *(Archives générales de médecine*, Paris, 1872).

Ramadier et Marchand. — Paralysie générale et aphasie sensorielle. *(Ann. médico-psychologiques*, Paris, 1908, n° 1, p. 19). Idem : *(Encéphale*, n° 10).

Raviart et Dubar. — Mutisme, aphonie, amnésie, aphasie, aphasie motrice, amusie, surdité musicale, cécité verbale, cécité psychique, agraphie, chez un hystérique récemment guéri d'une monoplégie brachiale droite. *(Arch. de neurol.*, Paris, 1906, 2 s., XXII, 337-361).

Raymond. — Aphasie hystérique. *(Rev. gén. de clin. et thérap.*, Paris, 1903, 8e série, XVII, 726).

Raymond et Sézary. — Aphasie hystérique. *(Soc. de neurol.*, Paris, séance du 2 Juillet 1908).

Régis (E.). — Précis de Psychiatrie. (Paris, 1906, 3e édit., collection Testut, 8°; p. 679).

Rein. — Travaux sur l'aphasie. *(Jahresversamm. der Vereinsbaverischer Psychiater*, 1er et 2 Juin 1909).

Ricochon (J.). — Remarques sur l'aphasie. (Paris, 1882, 8°, p. 31).

Rose (Félix). — De l'apraxie. *(Encéphale,* Paris, 1907, II, n° 11).

Rosenfeld. — Einiges über Aphasie. *(Naturwissenschaftl. medizinischer Verein zur Strasburg,* Sitzung von 18 Januar 1907). Idem : *(München. med. Wochenschr.,* 1907).

Rosenfeld. — Ueber psychische Störungen bei Aphasie. *(Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol.,* Berlin, 1906, XX, 289-291).

Rossi (E.). — Afasia acustica e suoi rapporti con l'intelligenza. *(Névraxe,* Louvain, 1907-8, IX, 151-174).

Rothmann (M.). — Zur Behandlung der Aphasie *(Berl. klin. Wchnschr.,* 1900, XXXVII, 1225-1226).

Sachs (B.). — [Discussion sur l'aphasie, avec présentation de plusieurs cas]. *(New-York neurological society,* 5 Février 1907). Idem : *Journal of nervous and mental diseases,* New-York, Septembre 1907, p. 602).

Saint-Hilaire. — La surdi-mutité. *(Thèse de doct.,* Paris, 1900, 8°).

Sainton. — Un cas de mouvements du membre inférieur droit associés à l'exercice de la parole chez un aphasique. *(Rev. neurol.,* Paris, 1897, V, 354).

Saint-Paul (G.). — Questionnaire sur le langage intérieur. *(Archives d'anthropol. de Lacassagne,* 15 Mars, 1892).

Saint-Paul (G.). — Essais sur le langage intérieur. (Paris, 1 vol. 8°, 150 p.).

Saint-Paul (G.). — L'étude des langues au point de vue psycho-physiologique. *(Revue scientifique,* Paris, 8 Juillet 1899).

Saint-Paul (G.). — Examen des malades atteints de paraphasie. *(Annales médico-psychol.,* Paris, Mars 1902).

Saint-Paul (G.). — Le centre de Broca et les paraphasies. *(Tribune médicale,* Paris, 5, 12 et 19 Mars 1902).

Saint-Paul (G.). — Le langage intérieur et les paraphasies. (Paris, Alcan, 1904, 1 vol. 8°, 316 p.).

Saint-Paul (G.). — Aphasie, langage intérieur et localisations. *(Progrès méd.*, Paris, 3 Avril 1909).

Saint-Paul (G.). — L'aphasie de Broca ; existe-t-il des centres d'images verbales ? *(Tribune médicale*, Paris, 19 Avril 1909).

Saint-Paul (G.). — Lettre au Dr Baudoin au sujet des aphasies. *(Ann. médico-chirurg. du Centre*, 13 Juin 1909).

Saint-Paul (G.). — Enquête sur le langage intérieur et sur l'élocution oratoire. *(Ann. médico-chirurg. du Centre*, 11 Juillet 1909).

Saint-Paul (G.). — Encore un mot sur l'aphasie et sur les images motrices. *(Tribune méd.*, Paris, 24 Juillet 1909).

Saint-Paul (G.). — Sur l'aphasie : l'organe de Broca, le symptôme de Broca. *(Bull. méd.*, Paris, n° 77, 29 Septembre 1909).

Savage (G.-H.). — Apoplexy, aphasia and mental weakness. *(J. Ment. Sc.*, London, 1878, XXIII, 525-532, 2 pl.).

Sazie (C.). — Troubles intellectuels dans l'aphasie. *(Thèse de doct.*, Paris, 1879, 8°).

Sazie (C.). — Perturbaciones de la intelligencia en la afasia. *(Bol. de med.*, Santiago, 1884-5, I, 35-54 ; 112 ; 218 ; 296 ; 341 ; 379 ; 439 ; 530 ; 583).

Séglas (J.). — Des troubles du langage chez les aliénés. (Paris, J. Rueff et Cie, 1892, 8°).

Senet (R.). — Los tipos endofasicos y los procedimientos pedagogicos. *(Arch. de psiquiat. y criminol.*, Buenos-Aires, 1905, IV, 661-666).

Seppilli. —[Aphasie et paralysie générale]. *(Rev. sperim. di frenatria*, Roma, 1884, X, fasc. I et II).

Sérieux (P.). — Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *(Soc. de neurologie*, Paris, séance du 8 Mars 1900).

Sérieux (P.). — Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. *(Archives*

de neurologie, Paris, Mai 1894. Idem : *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, Juin 1894).

Sérieux (P.) et Farnarier (F.). — Un cas de surdité et de cécités verbales suivi d'autopsie. *(Soc. de neurol.*, Paris, séance du 1er Février 1900).

Sérieux (P.) et Mignot (Roger). — Surdité corticale avec paralexie et hallucinations de l'ouïe, due à des kystes hydatiques du cerveau. *(Soc. de neurol.*, Paris, séance du 10 Janvier 1901).

Sérieux (Paul) et Mignot (Roger). — Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général. Lésions circonscrites de méningo-encéphalite. *(Soc. de neurol.*, Paris, séance du 17 Avril 1902).

Sérieux (P.) et Mignot (R.) — Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés. *(Soc. médico-psychol.*, Paris, séance du 28 Avril 1902).

Serpilli. — La sordita verbale e aphasia sensoriale. (1884, 8°).

Silvestrini (G.). — Delle afasie od alterazioni della favella nei loro rapporti colla scienza del linguaggio. (Parma, 1884, 8°).

Skwortzoff (Mlle Nadine). — De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie. *(Thèse de doct.*, Paris, 1881, 8°).

Smith (P.-B.). — Auditory aphasia with amusia. *(Brit. M. J.*, London, 1897, I, 842).

Souques. — Observations d'aphasiques publiées dans les « *Bulletins et mémoires de la Soc. médic. des hôpit.* de Paris » : 1906, p. 971 ; 26 Juillet 1907 ; 27 décembre 1907).

Souques (A.). — Trépanation crânienne décompressive, suivie d'aphasie transitoire et d'amélioration durable, dans un cas de tumeur cérébrale. *(Soc. de neurol.*, Paris, séance du 4 Novembre 1909).

Stainforth. — Quelques considérations sur un cas d'a-

phasie de Wernicke. *(Arch. méd. belges,* Bruxelles, 1910, XXXV, 4e s., 1-26).

Taguet et Fay (R.). — Deux cas de surdité verbale congénitale. *(Rev. neurol.,* Paris, 1905, XIII, 758).

Tamburini (A.). — Afasie ed amnesie. *(Riv. sper. di frenat.,* Reggio-Emilia, 1903, XXIX, 303-310).

Tardieu. — Etude médico-légale sur la folie. (Paris, in-8°, 1872).

Tardieu. — Discussions à la Société de médecine légale, Paris, 1873).

Taylor (E. W.). — Un cas de surdité verbale avec affaiblissement de l'intelligence : *(Boston Society of Psychiat. and neurol.,* 15 Octobre 1908). Idem : *(Journal of nervous and mental diseases,* Mars 1909, p. 168).

Thomas (C.-J.). — Somes forms of congenital aphasia in their educational aspects. *(Internat. Arch. f. Schulhyg.,* Leipzig, 1905, 171-186).

Thomas (A.). — Essai sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice corticale. *(C. r. Soc. de biol.,* Paris, 1897, 10. s., IV, 951-953).

Tooth (H.). — A discussion on the pathology, diagnosis and treatment of various forms of meningitis. *(Brit. M. J.,* London, 1905, II, 1010-1018).

Touche. — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle. *(Archives générales de méd.,* Paris, 1899, n. s., II, 641-660).

Touche. — Aphasie. Perte totale de la parole spontanée. Conservation du chant. Autopsie. *(Rev. neurol.,* Paris, 1900, n. s., VIII, 260-262).

Toulouse et Marchand. — Observation de paralysie générale sénile. *(Soc. médico-psychol.,* Paris, séance du 27 Juillet 1903).

Toulouse et Marchand (L.). — Aphasie motrice au cours d'un syndrome paralytique. *(Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.,* Paris, 16 Mai 1907, 440-448).

Trénel. — Aphasie amnésique ; aphasie de conductibilité.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Paris, 1899, 433).

Trischitta (V.). — Le afasie nei bambini come complicazioni nel decorso di malattie infettive. *(Gazz. d. Osp.,* Milano, 1900, XXI, 763-766).

Trousseau. — Leçons sur l'aphasie. *(Clin. médic. de l'Hôtel-Dieu,* Paris, 1902, tome II, 10e édition, p. 669).

Vander Vloet (A.). — Apraxie et démence. *(Journal de neurol.,* Bruxelles, 1906, n° 23, p. 589 ; n° 24, p. 609).

Vanheuverswyn. — Hémiparésie droite ; troubles intellectuels ; cécité verbale ; agraphie chez une femme de 29 ans ; autopsie. *(Bull. Soc. anat. clin.,* Lille, 1888, III, 172-178).

Vaschide. — Recherches sur la psychologie des aphasiques ; le souvenir chez les aphasiques. *(Rev. neurol.,* Paris, 1907, XV, 543-549).

Vigouroux (A.). — Deux cas d'aphasie sensorielle. *(Soc. clin. de méd. mentale,* Paris, séance du 15 Février 1909). Idem : *(Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale,* Février 1909, n° 2).

Vigouroux (A.). — Etat mental des aphasiques. *(Rev. de psychiat.,* Paris, 1902, 2 s., V, 1-14).

Vigouroux (A.). — Etat mental des aphasiques sensoriels. *(Soc. médico-psychol.,* Juin et Juillet 1901).

Vigouroux (A.). — La démence liée aux lésions circonscrites du cerveau. *(Rev. de psychiat.,* Paris, 1904, 265).

Vigouroux (A.). — Aphasie chez un paralytique général. *(Communication à la Soc. anatomique,* Paris, 27 Mai 1904).

Vigouroux (A.) et Naudascher. — Un cas d'aphasie motrice avec autopsie. *(Bull. et mém. de la Soc. anat.,* Paris, Janvier 1908, LXXXIII, n° 1, p. 86).

Vigouroux (A.) et Naudascher. — Trois cas de lésions circonscrites chez des paralytiques généraux. *(Bull. et mém. de la Soc. anat.,* Paris, Janvier 1908, LXXXIII, p. 90).

Voisin (A.). — Aphasie. *(Nouveau dictionnaire de méd. et de chirurgie*, Paris, 1865, III, 2).

Wallaschek (R.). — Die Bedeutung der Aphasie für die Musikvorstellung. *(Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg.*, Hambourg et Leipzig, 1893, VI, 8-32).

Wernicke. — Ueber aphasische Symptomencomplexe. (Breslau, 1874). Idem in : *Lehrbuch der Gehirnkrankeiten.* (Berlin, 1881-1883, 8°).

Wernicke (C.). — Der Aphasie'sche Symptomencomplexe. Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis. (Breslau, 1874, 8°).

Wilson (S.-A.-K.). — A review of the question of aphasia. *(Rev. of Neurol. and psychiat.*, Mars 1909, VII, 151-167).

Yvon (G.). — De l'aphasie ; interprétation des phénomènes. *(Thèse de doct.*, Paris, 1877, in-4°).

Zuckermann (Kichinew). — [Le vocabulaire des aphasiques]. *(Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, 1909, III, fasc. 4, p. 171).

Discussion sur le travail de M. Lefort, relatif à la condition légale des aphasiques. *(Bull. Soc. de méd. lég. de France*, Paris, 1873. 4, III, 151-153).

Discussion sur l'aphasie. (Partie clinique. Anatomie normale et pathologique. Physiologie pathologique). *(Soc. de neurol.*, Paris, séances des 11 Juin, 9 et 23 Juillet 1908).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. — Limitation du sujet 7

HISTOIRE ET DOCTRINES.

CHAPITRE I. — Historique. Classification des Aphasies 13

CHAPITRE II. — Les Théories psycho-physiologiques du langage dans l'Aphasie et l'Aliénation mentale. (Etude historique et critique) 21

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE.

PREMIÈRE PARTIE : *L'Aphasie constitue, à elle seule, tout le tableau clinique. Aphasie et Démence.*

CHAPITRE I. — Etat mental des Cérébraux circonscrits. Les Aphasiques purs ; l'aphasie de Broca et l'aphasie sensorielle ; l'amusie 35

OBSERVATIONS 51

CHAPITRE II. — Evolution de l'aphasie. Guérison. Démence 89

OBSERVATIONS 95

DEUXIÈME PARTIE : *Aphasie et Aliénation mentale.*

CHAPITRE I. — Les Paraphasiques. La Démence incohérente 103

OBSERVATIONS 109

CHAPITRE II. — Aphasie et états démentiels 125

I. — Aphasie et Démence sénile 126

OBSERVATIONS 132

II. — Aphasie et Paralysie générale 143

OBSERVATIONS 148

CHAPITRE III. — Aphasie et Folie.

I. — L'aphasie vient compliquer un état délirant antérieur 154

OBSERVATIONS 157

II. — Etats mentaux simulant l'Aphasie. (Etude clinique et diagnostique) 163
OBSERVATIONS 170
III. — Troubles délirants secondaires chez les aphasiques 172
OBSERVATIONS 175

TROISIÈME PARTIE : *De quelques affections cliniquement comparables à l'aphasie et coexistant fréquemment avec elle, à l'état d'association, chez le même individu.*
Aphasie et Paralysie pseudo-bulbaire. Aphasies, agnosie et apraxie 181
OBSERVATIONS 188

CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES 209
OBSERVATIONS 218

CONCLUSIONS 220

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 225

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT. — 13.036

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.